

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'ACCÈS AUX SERVICES INSTITUTIONNELS
ET COMMUNAUTAIRES:
LE DISCOURS DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
CAROLYNE GRIMARD

NOVEMBRE 2006

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 -Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article **11** du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier chaleureusement, ma directrice, la professeure Shirley Roy qui, grâce à son support constant, m'a permis d'écrire ce mémoire aussi rapidement que je le voulais. Le support des professionnelles de recherche du CRI, mesdames Daphné Morin et Ghyslaine Thomas a également contribué à m'aider dans l'écriture de ce mémoire. Nos conversations improvisées m'ont toujours servie et, pour cela, je tiens à les remercier.

J'aimerais également remercier ma famille, mon amoureux et mes amis et amies qui, chacun et chacune à leur façon, m'ont encouragée dans le processus de réflexion et d'écriture qu'est la rédaction d'un mémoire de maîtrise.

Je remercie enfin tous ceux et celles qui ont bien voulu discuter avec moi de cette thématique ou qui ont bien voulu prendre le temps de lire certaines parties du mémoire, ce qui a contribué autant à m'aider qu'à alimenter des conversations.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I.....	5
ITINÉRANCE ET RECOURS AUX SERVICES:	5
LE POINT DE VUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE.....	5
1.1 LE PHÉNOMÈNE DE L'ITINÉRANCE	5
1.1.1 Les caractéristiques des personnes.....	7
1.1.2 L'itinérance et la santé.....	8
1.1.3 L'itinérance et la domiciliation	10
1.2 LES TYPES D'EXPLICATIONS AU PHÉNOMÈNE DE L'ITINÉRANCE ..	12
1.2.1 L'itinérance : une problématique individuelle.....	12
1.2.2 L'itinérance : une problématique structurelle.....	13
1.3 ACCÈS AUX SERVICES.....	17
1.3.1 L'accessibilité	18
1.3.2 L'utilisation.....	22
1.3.2.1 Utilisation « inadéquate » des services	24
1.3.3 Barrières à l'accès	24
1.4 ORGANISATION DES SERVICES	27
1.4.1 Services institutionnels	29
1.4.2 Services communautaires	32
1.5 FOUCAULT ET LA SOCIÉTÉ NORMALISATRICE	33
1.5.1 Le pouvoir disciplinaire (anatomo-pouvoir).....	35
1.5.2 Le Bio-pouvoir	37
1.5.3 La résistance	38
CHAPITRE II.....	40
QUESTIONS DE RECHERCHE ET	40

CHOIX MÉTHODOLOGIQUES	40
2.1 CONSTRUCTION DE L'OBJET	40
2.1.1 Question de recherche	41
2.1.2 Objectifs de recherche	42
2.1.3 Hypothèses de recherche	43
2.2 CHOIX MÉTHODOLOGIQUES	45
2.2.1 Considérations générales	45
2.2.2 Les personnes interviewées	48
2.2.3 Les entretiens	50
2.2.4 Les variables retenues	52
2.2.5 Codification	55
2.2.6 Limites des données secondaires	56
2.3 RETOMBÉES ANTICIPÉES DE LA RECHERCHE	58
CHAPITRE III	60
LA VIE ITINÉRANTE	60
3.1 LES TRAJECTOIRES DANS L'ITINÉRANCE ET LES RAISONS D'UTILISATION DES SERVICES	60
3.1.1 Le quotidien de la vie itinérante comme déterminante de l'utilisation des services	72
CHAPITRE IV	74
LES SERVICES ET LES DIFFICULTÉS	74
4.1 DIFFICULTÉS LORS DE L'UTILISATION DES DIVERS SERVICES	74
4.1.1 Difficultés dans les réponses concernant la vie quotidienne	75
4.1.1.1 L'hygiène	76
4.1.1.2 Horaire	78
4.1.1.3 Sommeil	80
4.1.1.4 Nourriture	80
4.1.1.5 Monétaire	82
4.1.1.6 Âge et genre	82
4.1.1.7 Globalement	83

4.1.2 Autres types de difficultés	85
4.1.2.1 Préjugés et discrimination.....	85
4.1.2.2 Refus dans la demande d'un service.....	88
4.1.2.3 Attente à l'urgence	89
4.2 LES STRATÉGIES DE DÉBROUILLARDISE DANS L'UTILISATION DES DIVERS SERVICES	90
CHAPITRE V	96
L'ACCESSIBILITÉ ET LE QUOTIDIEN ITINÉRANT	96
5.1 COMPRENDRE L'ACCESSIBILITÉ DANS LE QUOTIDIEN	97
5.1.1 Le modèle de Lombrail, les barrières et les modèles de dispensation des services.....	98
5.1.2 Le modèle d'Andersen et les contraintes.....	99
5.2 BARRIÈRES, MODÈLE DE DISPENSATION ET CONTRAINTES	100
5.2.1 Les barrières à l'accès	101
5.2.2 Les modèles de dispensation des services	103
5.2.3 Les contraintes à l'accès.....	105
5.3 RETOUR SUR LA QUESTION DE RECHERCHE ET NOS HYPOTHÈSES	107
5.3.1 La question de recherche.....	107
5.3.2 Nos hypothèses	109
CONCLUSION	116
APPENDICE A	120
FORMULE DE CONSENTEMENT.....	120
APPENDICE B	122
GRILLE D'ENTRETIEN	122
APPENDICE C	128
FICHE SIGNALÉTIQUE.....	128
BIBLIOGRAPHIE.....	130

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Le modèle Lombrail.....	19
1.2 Le modèle Andersen.....	20

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longues durées
CLSC	Centre local de services communautaires
CMA	Centre médical associé
CQCS	Centre québécois de coordination sur le sida
CRI	Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines
CQRS	Conseil québécois de la recherche sociale
DRM	Dernier recours Montréal
GMF	Groupe de médecine familiale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIMBY	Not in my back yard (connu en français sous «pas dans ma cour»)
RAPSIM	Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal
SDF	Sans domicile fixe

RÉSUMÉ

Ce mémoire a pour but de comprendre comment la question de l'accessibilité aux services se pose pour les personnes en situation d'itinérance. À partir de l'analyse d'entrevues effectuées avec 21 personnes qui fréquentent des centres de jour à Montréal, nous avons fait ressortir les caractéristiques spécifiques de leur utilisation dans le contexte québécois. Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à la façon dont ces personnes disent utiliser les services. La littérature scientifique a une tendance à parler de l'utilisation des services par ces personnes en termes d'utilisation inadéquate. Nous avons tenté de questionner et d'analyser ce postulat et de voir si l'idée d'une utilisation inadéquate des services se présente dans le discours de ces personnes. Dans un deuxième temps, nous avons tenté de comprendre si ces personnes disaient rencontrer des barrières à l'accès aux services. Avec l'analyse des discours, nous avons pu observer différents types de barrières et de contraintes à l'accès qu'elles disent vivre, ainsi que les stratégies de débrouillardise que certaines de ces personnes adoptent pour obtenir le service désiré. Ce mémoire est une analyse détaillée de la question d'accessibilité aux services, des barrières et des contraintes à l'accès aux services, des manières dont les services sont dispensés, ainsi que des stratégies de débrouillardise adoptées pour obtenir les services désirés par les personnes en situation d'itinérance, dans le réseau des services institutionnels et communautaires à Montréal.

Mots-clés: Itinérance, Accessibilité aux services, services communautaires, services de santé, barrières à l'accès, dispensation des services.

INTRODUCTION

Le phénomène de l'itinérance au Québec prend de l'ampleur et les explications sont multiples. On observe, entre autres, des changements dans les politiques sociales et les politiques de santé (Dorvil, *et al.*, 1997), ainsi qu'une précarisation des conditions du marché de travail (de Gaulejac, V., *et al.*, 1994; Castel, 1994). On le sait, les politiques sociales et les politiques de santé ont été largement modifiées depuis 1960, transférant au secteur communautaire une partie des responsabilités. Au Québec, l'apparition et l'importance des groupes et des organismes communautaires, après la réorganisation majeure des institutions en santé mentale, ont été grandement encouragées; elles le sont toujours. Cependant, les différents milieux communautaires n'ont pas eu tout l'appui nécessaire pour faire face à ce changement majeur de responsabilités. La compréhension du phénomène de l'itinérance se situe donc dans ce contexte spécifique. À ce premier niveau de compréhension s'en ajoutent d'autres: cette problématique peut relever de conditions individuelles, structurelles ou institutionnelles. Nous verrons, à partir de plusieurs auteurs, comment et en quoi l'itinérance constitue un phénomène social (Laberge, D. et S. Roy, 1994; Laberge, D. et S. Roy, 2001).

Lorsqu'on aborde la question de l'itinérance et celle du recours aux services dispensés à la population itinérante, plusieurs auteurs affirment que ces personnes utilisent ces services beaucoup trop tard; en ce qui concerne les services de santé, elles les utilisent souvent à un stade avancé de la maladie. L'utilisation qu'elles font est trop fréquente et ces personnes sont connues pour ne pas avoir recours aux « bons » services (Wenzel *et al.*, 2001; Kushel *et al.*, 2001). D'autres auteurs affirment que les personnes itinérantes rencontrent une diversité de barrières lorsqu'elles utilisent les divers services qui leur sont dédiés (Hatton *et al.*, 2001;

Kushel *et al.*, 2001). Ces barrières se dressent parfois suite à une mauvaise utilisation des services, alors que d'autres fois les services ne sont tout simplement pas adaptés à leur réalité.

Afin de questionner l'usage des multiples services qui sont offerts aux personnes itinérantes à Montréal, nous avons travaillé à partir de l'analyse de leurs de discours. Seront retenus comme services, ceux relatifs aux secteurs institutionnel et communautaire: les services de santé, d'allocations financières, les ressources d'hébergement et autres. Nous tenterons de comprendre comment se dessinent la question de l'accessibilité aux services et celle d'une utilisation inadéquate ou adéquate. Nous tenterons de comprendre si la condition d'itinérance influence la façon dont les services seront utilisés ou si cette condition crée des barrières à l'accès. Par exemple, le rapport varié à la domiciliation peut-il affecter l'utilisation des services ou être un facteur prédisposant à des barrières à l'accès? Dans quel contexte peut-on parler d'une utilisation inadéquate? S'il y a une façon inadéquate d'utiliser les services de santé, y en a-t-il une qui serait adéquate? Comment se pose la question de l'utilisation des services du point de vue des personnes itinérantes? Y a-t-il des facteurs antérieurs à l'utilisation qui affecteront éventuellement cette utilisation? Est-ce que les problèmes d'accès se présentent lors de l'utilisation même des services? À l'aide de certains modèles explicatifs du recours aux services de santé, que nous étendrons pour comprendre également l'utilisation des services publics et communautaires, nous tenterons de comprendre comment se posent les questions de l'accès aux services et de l'utilisation des services par et pour la population en situation d'itinérance à Montréal.

À la lumière de propos recueillis auprès de personnes en situation d'itinérance, nous tenterons de mettre en relation la condition de vie dans l'itinérance avec le type d'utilisation que les personnes font des services (institutionnels et communautaires). En fait, nous partirons de l'idée, largement démontrée, que

l'itinérance renvoie à différentes conditions (Roy & Hurtubise, 2004). Par conditions, nous entendons tout ce qui constitue des conditions concrètes de vie dans lesquelles se retrouvent les personnes en situation d'itinérance : la domiciliation, les problèmes de santé, la quotidienneté de la vie dans la rue et la prise de risques. Ces dimensions influencent les besoins immédiats et secondaires des personnes : si les conditions sont variées, les façons d'utiliser les services le seront peut-être aussi. Nous tenterons donc de démontrer que la condition de vie dans l'itinérance induit un recours différent aux services utilisés et que certaines barrières à l'accès aux services apparaissent alors dans leurs discours.

Tout d'abord, nous considérons qu'il est important de comprendre le phénomène de l'itinérance, la façon dont il est construit, appréhendé et expliqué. Dans le premier chapitre nous présenterons des explications concernant le phénomène de l'itinérance. Ensuite, nous situerons la question de l'utilisation des services par les personnes en situation d'itinérance au regard d'une thématique plus large qu'est l'accès aux services. Nous verrons comment les questions de l'accessibilité et de l'utilisation des services sont construites en relation avec ce qui est exprimé par cette population. Par la suite, nous verrons comment, à Montréal, les services institutionnels et communautaires sont organisés et plus spécifiquement ceux destinés aux personnes itinérantes. Enfin, pour terminer le premier chapitre, nous verrons, avec Michel Foucault, pourquoi certaines personnes utilisent les services d'une « bonne » façon et d'autres d'une « mauvaise » façon; nous aurons recours à son concept de disciplinarisation. Foucault nous aidera à comprendre comment les discours sont affectés par les représentations sociales du pouvoir, de ce qui est adéquat et de ce qui ne l'est pas.

Le deuxième chapitre portera sur notre problématique à la lumière de nos questions, objectifs et hypothèses de recherche concernant l'utilisation des services par les personnes itinérantes. Nos choix méthodologiques y seront également

présentés ainsi que le matériau de recherche, les caractéristiques des entretiens, la grille de codification et les difficultés rencontrées.

Le troisième chapitre introduira l'analyse faite des discours en présentant un portrait des personnes interviewées et de leur trajectoire en itinérance. Ce point d'entrée nous permettra de mieux comprendre le quotidien de la vie itinérante et, par la suite, de mieux saisir la question de l'utilisation des services.

Le quatrième chapitre sera consacré à l'analyse des discours sur les services ainsi que sur les difficultés rencontrées par les personnes interviewées. Dans ce chapitre, nous verrons que les personnes ont des stratégies de débrouillardise qui permettent l'obtention d'un service.

Finalement, dans le dernier chapitre, nous analyserons les informations présentées dans les discours au regard de l'accessibilité aux services et de l'utilisation inadéquate ou adéquate des services. Dans ce dernier chapitre nous reviendrons sur nos hypothèses et sur notre question de recherche. Nous pourrions ensuite articuler la question de l'accessibilité avec celle de l'utilisation en comparaison avec ce que les personnes itinérantes auront exprimé.

CHAPITRE I

ITINÉRANCE ET RECOURS AUX SERVICES: LE POINT DE VUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Ce premier chapitre présente une recension des écrits sur la question de l'itinérance et des services offerts à cette population. Il nous permettra de faire état des connaissances actuelles sur le phénomène de l'itinérance, concernant l'utilisation des services institutionnels et communautaires.

1.1 LE PHÉNOMÈNE DE L'ITINÉRANCE

Entre les années 1970 et 1980, le phénomène de l'itinérance au Québec s'est grandement transformé. La crise économique des années 1980 a contribué à fragiliser des populations numériquement importantes; elle est, avec d'autres facteurs, une cause importante dans la résurgence de l'itinérance telle qu'on la connaît maintenant (Mercier *et al.*, 1994). Pour les auteurs Laberge *et al.* (1995), le phénomène de l'itinérance s'est modifié sous trois aspects : 1) un accroissement numérique des personnes itinérantes, 2) une diversification des groupes touchés (c.à.d. auparavant, on recensait presque exclusivement des hommes, maintenant on voit des femmes, des jeunes et des familles), et 3) une aggravation des problèmes reliés à la problématique (c.à.d. extrême pauvreté, absence de logement à prix modiques, apparition du VIH/SIDA, etc.) (Laberge *et al.*, 1995 : 5-6). L'accroissement de la population itinérante est cependant difficile à chiffrer car leur dénombrement est presque impossible. Beaucoup de personnes circulent dans les différents services offerts, mais une partie de cette population ne les utilise guère et vit plutôt dans la rue. Malgré cela, l'on constate une augmentation du nombre de personnes qui vivent dans des situations d'extrême pauvreté, un accroissement de la demande de services et une diversification des services offerts à cette population. Les auteurs Laberge *et al.* (1995) expliquent que le phénomène de l'itinérance est d'abord et avant tout un

problème de pauvreté. La précarité du marché du travail et la rareté des logis à prix modiques ne facilitent pas l'inclusion sociale et ne permettent pas de se sortir de l'extrême pauvreté.

Si beaucoup s'entendent pour dire que l'itinérance est plus présente et visible, il n'y a pas de consensus autour d'une définition. Comme pour la majorité des problèmes sociaux, les critères de définition de cette problématique sont variables. Ainsi, pour certains, l'itinérance est principalement liée à l'instabilité résidentielle, alors que pour d'autres, divers autres facteurs s'y ajoutent, par exemple les problèmes de santé mentale graves ou les problèmes de toxicomanie. Comme le précise Morse (1992), la population itinérante est hétérogène et difficile à catégoriser. Si, circonscrire le phénomène est difficile, cerner la population l'est tout autant. Est-ce qu'une personne qui a passé deux ou trois nuits dans un parc est automatiquement considérée itinérante si elle n'a jamais connu de telle situation auparavant? Si une personne habite en chambre, mais que tout son réseau se trouve dans les services pour personnes itinérantes, peut-on la qualifier de non-itinérante? Les auteurs Brush et Powers (2001) voient aussi d'énormes difficultés de précision dans les définitions de l'itinérance.

Le phénomène de l'itinérance peut aussi être appréhendé selon des cycles; l'itinérance temporaire, l'itinérance épisodique ou l'itinérance chronique. Pour le Committee on Health Care for Homeless People (1988) l'itinérance temporaire est due à un événement ou à une situation inhabituelle qui provoque le déplacement d'un lieu de domiciliation à un autre. Par exemple, une maison ou un appartement incendié ou inondé pourrait provoquer une situation d'itinérance temporaire chez certains individus ou chez certaines familles. L'itinérance épisodique, quant à elle, est certainement le type de situation que l'on retrouve le plus à Montréal. Elle est caractérisée par une alternance entre la vie sans domicile et la vie domiciliée. Par exemple, une personne peut se retrouver dans la rue suite au non paiement de son

logement durant plusieurs mois. Après quelques mois de vie dans les refuges, cette personne réussit à amasser un montant suffisant pour retourner en appartement. Cependant, ayant le plus souvent un travail précaire ou recevant des prestations de l'État, l'argent qu'elle reçoit n'est pas suffisant pour couvrir ses besoins et, dans quelques mois, cette personne se retrouvera à nouveau à la rue. L'itinérance chronique est certainement la moins fréquente et celle dont les conséquences sont les plus graves. En plus de ne pas avoir eu un domicile fixe depuis une année, ces personnes ont parfois des problèmes de santé mentale graves et persistants ou de toxicomanie; elles n'ont pas ou peu de liens sociaux stables et elles ont des difficultés d'accès à certains services.

1.1.1 Les caractéristiques des personnes

Le problème de l'itinérance s'est modifié et la figure de l'itinérant n'évoque plus le stéréotype du vieillard alcoolique. Il renvoie aux jeunes ou aux vieux, aux hommes ou aux femmes et même aux adolescents. Parmi ces différentes populations, le groupe qui augmente le plus rapidement serait celui des femmes (Rosengard *et al.*, 2001, Committee on Health Care for Homeless People, 1988). Cette problématique d'itinérance concerne une population qualifiée de grands exclus : « vagabond », « clochard », « sans domicile fixe (SDF) » ou « itinérant ». La figure du « quêteux » de la fin des années 1970 se transforme et l'itinérance telle qu'on la voit maintenant est donc considérée comme un problème majeur (Mercier, Fournier et Racine, 1994).

Les populations itinérantes vivent toujours une situation d'extrême pauvreté. Ce qui crée l'extrême pauvreté n'est pas l'objet du présent travail. Cependant, Laberge *et al.* expliquent qu'une absence de revenus durant de longues périodes est parfois dû à certaines règles administratives ou à une « incapacité personnelle de se prévaloir de ces programmes d'assistance » (1995 : 8). Non seulement les personnes itinérantes ont peu de moyens financiers, mais elles vivent aussi une précarité ou une absence de

logement. Si elles n'ont pas recours aux services, la rue ne peut pas non plus constituer une solution durable, car celle-ci comporte de nombreux risques. Comme le mentionnent Laberge et Roy :

Le quotidien des personnes sans domicile fixe est constitué de risques : risque de se faire agresser, de ne pas avoir d'argent, d'être sans gîte, d'avoir faim, de manquer de drogue, d'être seul, de ne pas avoir de plaisir physique, d'être privé d'amour et d'affection, d'être exclu du dernier lieu d'appartenance (2003 : 144).

En plus d'être en situation d'extrême pauvreté et d'instabilité résidentielle, ces personnes sont souvent dépeintes comme ayant des taux élevés (face à la population domiciliée) d'alcoolisme, de toxicomanie, de problèmes de santé mentale, d'arrestations et d'incarcérations. À cet effet, Bird *et al.* (2002) mentionnent que très peu de services sont conçus pour la population itinérante aux prises avec un ou des problèmes de toxicomanie. Pour ces auteurs, les services sont décrits comme étant « a set of highly complex, fragmented, duplicative, and uncoordinated services, [which may include] a great number of separate programs [providing] specialized services to narrowly defined target groups » (Baker, 1999 : ix, in Bird et al, 2002 : 717). Comme nous le verrons dans la prochaine section, les personnes itinérantes ont un rapport particulier aux services et, tout au long du présent mémoire, c'est ce rapport particulier que nous observons.

1.1.2 L'itinérance et la santé

La vie dans la rue à Montréal, en raison des conditions climatiques du pays, rend les populations itinérantes très vulnérables aux problèmes de santé et le possible recours aux services très importants. Les impacts du phénomène de l'itinérance sur le système de santé d'une part et, d'autre part, sur la santé des personnes elles-mêmes sont difficiles à cerner. D'abord, le quotidien de la vie itinérante augmente les besoins et fait dramatiquement ressortir la faible réponse aux besoins primaires. Pour

Rosengard *et al.*, « the situation of homelessness may force individuals to attend to basic survival needs for food, clothing, and shelter and to push physical health needs into the background of their lives » (2001: 31). Cette idée de hiérarchisation des besoins est connue en anglais sous le terme de « competing priorities ». Gelberg *et al.* (1997) souligne que la vie sociale des personnes itinérantes se construit autour des services qui comblent les besoins de nourriture, de logement et de sécurité. Ces personnes n'utiliseraient donc pas les services de santé, leurs besoins primaires n'étant pas comblés.

Ainsi, lorsque certaines personnes itinérantes ont des problèmes de santé physique ou mentale reconnus, la situation même d'itinérance aggrave souvent ces problèmes. Si les personnes itinérantes n'ont pas même un lit pour se reposer le jour ou lorsqu'elles en ressentent le besoin, l'adoption de comportements pouvant prévenir certaines complications est d'autant plus difficile. La nourriture servie dans les refuges et les soupes populaires n'est évidemment pas adaptée aux personnes qui ont, par exemple, des problèmes d'hypoglycémie ou de diabète. Les difficultés sont également grandes lorsque ces personnes doivent prendre des médicaments ou suivre un quelconque traitement.

Tout comme la grande pauvreté financière est caractéristique des populations itinérantes, la maladie l'est aussi. Des maladies et des infections qui ne se retrouvent presque plus dans les populations domiciliées sont, par ailleurs, quasi omniprésentes dans les populations itinérantes; nous pensons ici à la tuberculose, à la gale et à l'hypothermie par exemple. De plus, le *Committee on Health Care for Homeless People* (1988) ajoute que les personnes itinérantes ont des risques élevés de contracter des problèmes aux extrémités du corps (mains et pieds), et au système respiratoire, ou d'avoir des problèmes de peau. Pour Daly (1990), il est difficile de déterminer si c'est l'itinérance qui est venue d'abord ou un mauvais état de santé. En

effet, pour cet auteur, l'itinérance est autant le résultat que la cause d'un mauvais état de santé.

En plus des problèmes de santé physique, un nombre imposant de personnes itinérantes a des problèmes de santé mentale graves et persistants ou des problèmes de toxicomanie ou les deux (comorbidités). Le même débat que celui sur la santé physique apparaît ici: est-ce le traumatisme d'être en situation d'itinérance qui cause des problèmes de santé mentale ou des problèmes de toxicomanie ou l'inverse (Committee on Health Care for Homeless People, 1998)? On sait qu'un problème de santé mentale ou une dépendance à l'alcool ou aux drogues amène une certaine instabilité chez certaines personnes et c'est cette instabilité qui peut les mener à la rue. Ou encore, la vie à la rue est si éprouvante que peuvent apparaître des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. L'instabilité dans la rue sera encore plus grande et dommageable pour les personnes qui ont déjà ces problèmes.

1.1.3 L'itinérance et la domiciliation

La question de l'itinérance est intimement liée à la question du domicile. Que ce soit le « hobo », le « SDF », « l'itinérant », toutes ces figures renvoient à une absence ou à une précarité du logement variable dans le temps. Les multiples situations d'itinérance s'expliquent, entre autres, par les multiples façons de s'abriter. Des refuges sont en place dans la majorité des villes qui reconnaissent l'existence de la problématique d'itinérance. Chaque personne sans domicile fixe n'y a pas recours systématiquement. Laberge et Roy (2001) mentionnent que de nombreux « lieux temporaires » sont utilisés par les personnes itinérantes pour se loger. Ces « lieux temporaires » ne sont pas de ceux que la population domiciliée associe à des lieux pour dormir, mais ce sont eux qui servent à la population itinérante pour se dépanner. Ces lieux sont parfois des endroits publics et d'autres fois des endroits inusités, tels les couloirs du métro, les guichets automatiques, les stationnements, les trottoirs

moins fréquentés, les parcs, les « squats », etc. En plus d'être souvent utilisés illégalement, ces lieux sont rarement sécuritaires et les personnes qui les investissent n'ont aucune intimité. Si les personnes itinérantes se retrouvent dans ces « lieux temporaires », c'est qu'elles n'ont pas accès à la domiciliation, affirment Laberge et Roy (2001).

Lorsqu'une personne veut avoir davantage qu'un lieu temporaire, une adresse à elle, la question du logement à prix modique devient alors primordiale. En effet, comme nous le verrons dans la section suivante, plusieurs auteurs inscrivent le phénomène de l'itinérance dans une perspective individuelle, structurelle ou institutionnelle. Pour d'autres, il ne s'agit que d'une question de logement. Si la majorité des personnes avec un bas revenu avait accès à un logement à prix modique, la question de l'itinérance n'aurait plus la même configuration.

Tout en rendant les personnes vulnérables et les mettant dans des situations de prises de risques, l'absence de domicile empêche ou rend compliquée le recours à certains services. Les impacts de cette absence d'adresse sont nombreux. Par exemple, une personne sans domicile fixe, donc sans adresse, se verra refuser l'accès à un hôpital si celui-ci n'est pas de « garde » lorsqu'elle désire recevoir des soins. À Montréal, si une personne n'a pas d'adresse, elle ne peut avoir recours aux services dispensés dans les hôpitaux. Cela dit, onze hôpitaux montréalais se relaient, à chaque semaine, pour accueillir ces personnes. Pour des personnes qui se déplacent habituellement à pied, ce roulement présente une réelle embûche à l'accès aux soins. Du point de vue des services sociaux, il n'y a pas si longtemps une adresse était nécessaire pour toucher un chèque d'aide sociale. Les refuges ne pouvant constituer une adresse fixe, les personnes itinérantes ont longtemps dû faire preuve de débrouillardise afin de recevoir une quelconque aide financière. Il ne faut plus d'adresse pour recevoir un chèque d'aide sociale, mais une carte d'identité est requise pour le réclamer. La possession de ces cartes est un autre problème pour les

personnes itinérantes. Pour revenir au domicile, Laberge et Roy (2001) indique qu'il faut élargir la question du logement et partir du fait que la domiciliation renvoie à l'idée de sécurité, d'intimité et de souveraineté. C'est ce domicile qui devient un passeport pour l'accès à de nombreux services. Mais, comme nous le verrons plus loin, le seul fait de fournir un logement à toutes les personnes non domiciliées ne suffirait pas à enrayer la problématique de l'itinérance.

1.2 LES TYPES D'EXPLICATIONS AU PHÉNOMÈNE DE L'ITINÉRANCE

La problématique de l'itinérance a plusieurs registres d'explications ; elle peut être la conséquence de politiques sociales en vigueur, la conséquence d'un système politique et économique, de représentations sociales négatives, etc. Dans la représentation générale de l'itinérance, coexiste les perceptions de celle-ci au phénomène d'exclusion sociale, de marginalité, de déviance ou comme pathologie. Comme nous le verrons dans cette section, pour certains auteurs il s'agit d'un problème individuel, structurel ou même institutionnel.

1.2.1 L'itinérance : une problématique individuelle

Lorsqu'il s'agit d'expliquer l'itinérance, plusieurs insistent sur les dimensions individuelles. Comme l'explique Koegel, Burnam et Baumohl (1996), pour les tenants de la thèse individuelle, les personnes sont en situation d'itinérance parce qu'il y a quelque chose d'anormal chez elles. Soit elles ne peuvent prendre soin d'elles-mêmes en raison d'un problème de santé mentale grave et persistant, soit elles rejettent la vie en société et se retrouvent dans une situation de non domiciliation. Koegel *et al* expliquent que les personnes qui adoptent cette façon de voir ont également une tendance à avoir cette attitude : « to press people to shoulder responsibility, they advocated policies designed to make homelessness less attractive, such as controlling the availability of subsistence services and stepping up legal

sanctions against being homeless » (1996: 25). Ici, les personnes itinérantes sont responsables de leur problème d'itinérance. Dans un tel scénario, la société se déresponsabilise d'une charge qui pourrait être collective (Campeau, 2000 reprenant les propos de Roy, 1988).

Pour Hudson (1998), ce serait des incapacités individuelles qui permettent de comprendre le phénomène de l'itinérance (disability hypothesis). En effet, il affirme qu'un bas niveau d'éducation associé à un haut niveau d'incapacités (incapacités déterminées par les personnes) prédit un haut taux de situation d'itinérance. Parmi ces incapacités, celles de garder un emploi est importante. Les problèmes de santé mentale graves et persistants, de toxicomanie, de santé physique, ainsi que les problèmes de criminalité constituent d'autres « incapacités » qui peuvent rendre prédictible une situation d'itinérance. Ainsi, pour Hudson, la majorité des personnes itinérantes comptent plusieurs types d'incapacités, plus que la population domiciliée.

1.2.2 L'itinérance : une problématique structurelle

Les explications structurelles de la problématique de l'itinérance constituent un autre approche pour la compréhension du phénomène. Ainsi, l'itinérance serait causée par la façon dont les ressources sociales sont organisées et distribuées (Koegel *et al*, 1996 : 25). Les réformes des politiques sociales, la précarisation du marché du travail, l'instabilité résidentielle et les nombreuses situations d'extrême pauvreté semblent être parmi les facteurs expliquant l'accroissement du phénomène de l'itinérance au Québec. Dans un article qui fait le point de la littérature sur les explications de l'itinérance, Campeau (2000), dit que l'Etat providence en crise, aux Etats-Unis comme au Canada, enclencherait des réformes et un désinvestissement majeurs dans le domaine social. Ces changements constituent un paradoxe. Il y a une « guerre contre les pauvres [ce qui] va à l'encontre du projet d'intégration mis de l'avant par les programmes de lutte contre la pauvreté » (p. 57). Le gouvernement fait

de l'itinérance un problème social et non pas un problème politique ou économique; très peu de moyens, services communautaires et institutionnels, visent à répondre à ce problème. Pour Koegel *et al*, l'amplification du phénomène de l'itinérance est due à deux tendances qui se complètent. D'une part, il y a une trop grande diminution de logements à prix modique disponibles pour personnes ayant un bas revenu; d'autre part, le nombre de personnes avec un bas revenu ayant besoin d'un logement à prix modique a considérablement augmenté (1996 : 26).

Si la pauvreté constitue une explication importante de l'itinérance, la transformation du travail en est une autre. Les personnes itinérantes ont généralement un rapport au travail salarié complètement inversé en regard du reste de la population. Si ces personnes ont un travail, il est précaire, occasionnel et peu rémunéré. « La majorité des personnes pauvres sont d'ailleurs actives sur le marché du travail, mais elles ne parviennent pas à tirer de leur activité un revenu suffisant pour combler leurs besoins » (Campeau, 2000 : 63). Les causes de la précarité du marché du travail sont multiples : taux de chômage plus élevé, baisse des salaires, faible création d'emploi, emploi à horaire atypique, etc., et ceux qu'elles affectent sont davantage les populations les plus pauvres. Ces dimensions structurelles de la problématique de l'itinérance ne couvrent pas complètement les explications de ce problème social.

Plusieurs auteurs affirment également, que le phénomène d'itinérance représente l'aboutissement d'un processus de désinsertion sociale. La vie itinérante est caractérisée par une trajectoire de ruptures qui mènent d'une situation d'insertion à une situation d'exclusion. Roy indique dans un article signé avec Laberge (1994) que la marginalité et l'exclusion se posent surtout en termes de rapports sociaux et leurs transformations sont arrimées à l'itinérance, c'est donc s'interroger sur la question « de la norme sociale et de son application, des institutions et des structures sociales et de leur réorganisation » (Laberge et Roy, 1994 : 5). On pourrait alors penser que lorsqu'un groupe s'identifie à une communauté, un univers de liens

sociaux s'ouvre à lui, selon la structure donnée. En revanche lorsqu'un individu s'isole et n'a plus recours aux services offerts par sa communauté, un long processus de rupture s'amorce. Ainsi, certains auteurs misent sur l'importance des liens sociaux et pour Taboada-Léonnetti (1994) les liens sociaux empêchent la fragilisation individuelle.

1.2.3 L'itinérance : une problématique institutionnelle

Pour certains, l'itinérance peut être vue comme une conséquence des changements institutionnels que le Québec a connus au cours des cinquante dernières années. Plus encore, certains diront que l'itinérance est reproduite par un système qui s'avère inefficace dans la prise en charge des personnes sans domicile fixe. Nous explorerons rapidement la question de la désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques et de la judiciarisation accrue des actes sociaux.

Au Québec, dans les années 1950, des changements majeurs dans la pratique psychiatrique sont survenus. Cela a contribué à l'évolution du regard porté par les autorités politiques sur les institutions asilaires. À la suite au rapport Bédard, au début des années 1960, il est apparu que le Québec devait moderniser son institution asilaire archaïque (Dorvil *et al.*, 1997). Ainsi, la première étape de la désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques a eu lieu et les pratiques de santé communautaire se sont progressivement développées. Pour le Comité en santé mentale du Québec (1997), certains problèmes sociaux, comme l'itinérance et la judiciarisation, sont issus de cette désinstitutionnalisation.

L'itinérance comme conséquence de la désinstitutionnalisation ne serait pas l'unique explication du phénomène des sans domicile fixe, mais elle serait une façon d'expliquer l'augmentation de cette population. En effet, ce ne sont pas toutes les personnes itinérantes qui ont un problème de santé mentale. Or, la

désinstitutionnalisation ne touche que les personnes prises en charge de façon complète par des institutions psychiatriques. Aux Etats-Unis, la thèse de l'abandon des personnes psychiatisées (*abandonment thesis*) est utilisée pour expliquer le phénomène de l'itinérance (Mossman, 1997). Pour les tenants de cette thèse, les difficultés des personnes itinérantes qui ont des problèmes de santé mentale pourraient être réglées par l'approche médicale. Comme le relate Campeau, au Canada, l'impact de la désinstitutionnalisation sur le phénomène de l'itinérance n'est pas le résultat « de la politique en soi, mais de la manière dont elle a été mise en place. Cette mesure s'avère un échec étant donné que le développement de services dans la communauté n'a pas eu lieu au même rythme que celui de la désinstitutionnalisation » (2000 : 64). En effet, plusieurs auteurs ne blâment pas la désinstitutionnalisation, mais plutôt la fragmentation, la complexification et la désorganisation des services (White, 1992).

La judiciarisation ou criminalisation de l'itinérance est une autre réponse institutionnelle qui, à sa façon, contribuerait à reproduire le phénomène. Le fréquent recours aux espaces publics par les personnes itinérantes augmente les contacts entre ces dernières et les autres citoyens. Lorsqu'elles mendient, dorment dans les parcs, occupent un banc public, ces personnes deviennent visibles et dérangeantes. Pour Laberge et Morin, « ces activités sont souvent perçues comme inacceptables, menaçantes. Elles sont vues comme nuisant au commerce, à la tranquillité ou à la respectabilité du quartier » (1997 : 44). Ces représentations négatives entraînent des plaintes de la part des citoyens et, par la suite, de la répression. Les auteures expliquent qu'une fois dans le système pénal, les personnes itinérantes ont plus de risques d'être emprisonnées pour des délits mineurs. La prison est d'ailleurs, pour certains, un modèle qui sert à reproduire et à approuver les situations d'itinérance (Laberge *et al.*, 2000).

Évidemment, beaucoup de facteurs peuvent expliquer la problématique complexe qu'est l'itinérance. Nous avons principalement circonscrit nos champs d'explication à des auteurs québécois afin de mieux saisir la problématique sur le terrain de notre étude. Pour les fins de ce travail, nous utiliserons les trois types d'explication (phénomène individuel, structurel, institutionnel) que nous avons présentés. Nous croyons que l'itinérance renvoie à une diversité de situations. Si nous voulons rendre compte de la diversité des solutions, il est préférable de garder en mémoire ces différents types d'explication.

1.3 ACCÈS AUX SERVICES

La présente section nous amène à explorer la problématique de l'accès aux services. L'objectif principal de ce travail est de mettre en relation avec la condition de vie dans l'itinérance et l'utilisation des services par les personnes itinérantes. En conséquence, il est primordial de mettre en contexte la question large de l'accès aux services. Peu d'ouvrages scientifiques traitent de l'utilisation et de l'accès aux services par les personnes itinérantes au Canada. Nous avons ainsi choisi de couvrir le champ des productions étasuniennes en plus de celles provenant du Canada afin d'élargir notre compréhension. En ce qui a trait aux termes utilisés, nous choisissons de parler d'utilisation des services plutôt que d'accès aux services. Pour certains auteurs, Lombrail (2000) par exemple, toute la population a objectivement un accès égal aux services institutionnels et communautaires. S'il y a un problème, il se pose éventuellement lors de l'utilisation ou du recours à ceux-ci, car ce n'est qu'en utilisant les services que l'on peut savoir si l'on y a un plein accès, un accès limité ou un nonaccès. Nous utiliserons le terme « d'accès aux services » dans une perspective beaucoup plus large et générale, faisant référence autant à l'accessibilité aux services qu'à leur présence et à leur utilisation.

1.3.1 L'accessibilité

Dans cette section, nous verrons comment deux auteurs, Lombrail (2000) et Andersen (1995), construisent théoriquement la question de l'accès aux services à travers des modèles déterminant les possibilités de les utiliser. En effet, ces modèles ont été créés pour mieux saisir les raisons derrière l'utilisation des services, et ce, pour la population en général. Nous avons choisi d'utiliser ces modèles car ils permettent de comprendre l'utilisation des services par les personnes itinérantes.

De façon théorique, Lombrail (2000) reprend un modèle développé par Andersen et Newman (1973) pour situer la question de l'accès aux services, et ce à deux niveaux; celui de *l'accès potentiel* qui désignerait l'accessibilité et celui de *l'accès réalisé* soit l'utilisation. Lorsque le service est déjà en place, il y a théoriquement un *accès potentiel* égal pour tous. Quant à *l'accès réalisé* celui-ci se réfère à la dispensation des services. Ce thème comporte deux catégories¹ : a) l'accès primaire, qui est l'entrée dans le système ou le degré d'utilisation; b) l'accès secondaire, qui renvoie à la manière dont se déroulent les soins. Lombrail ajoute que ces deux formes d'accès primaire et secondaire fonctionnent si les trois conditions suivantes sont remplies : 1) la continuité des soins : constance des mêmes intervenants dans le temps; 2) la coordination : capacité du système de gérer le recours à des expertises spécialisées multiples en accord avec les besoins des utilisateurs; et 3) la globalité des soins : coordination des soins au regard des besoins et du contact avec le système de soins (Lombrail, 2000 : 404).

¹ Des catégories que nous percevons comme étant des conditions d'accès.

Tableau 1.1 *Modèle Lombrail sur l'accessibilité aux services* (2000)

1. Accès potentiel	Tous ont accès, lorsque le service existe		
2. Accès réalisé	a)	accès primaire (première entrée dans le service ou organisme)	Accès réalisé ne fonctionne que s'il y a :
	b)	accès secondaire (manière dont se déroulent les services)	i) continuité ii) coordination iii) globalité dans les services/organismes

Le premier niveau d'accès, *l'accès potentiel*, est abstraitement égal pour tous : si un service est en place chacun devrait y avoir la même possibilité d'accès. L'*accès potentiel*, s'il est effectif (s'il y a utilisation), mène à *l'accès réalisé*. Cependant, Lombrail ne mentionne pas ce qui arrive lorsqu'en premier lieu, *l'accès potentiel* ne fonctionne pas. Peut-être cela mène aux barrières à l'accès? Donc, *l'accès potentiel*, tente d'identifier les facteurs qui pourraient faire obstacle lors d'une éventuelle utilisation et cela est déterminé par l'absence ou la présence d'un service.

Le second niveau d'accès, *l'accès réalisé*, est celui que nous croyons être le plus pertinent pour saisir la question de l'accessibilité car il intervient au moment de l'utilisation. Donc, en deuxième lieu, *l'accès réalisé* comporte deux scénarios liés à la façon dont se sont déroulés les soins, *l'accès primaire* et *l'accès secondaire*. Par exemple, une personne peut avoir un accès primaire parce qu'elle est entrée dans le système, a vu un médecin et obtenu un lit. Mais l'accessibilité peut être compromise si l'accès secondaire n'est pas atteint : bien qu'elle ait vu le médecin et obtenu un lit, elle n'a pas revu le médecin et son lit est situé dans un couloir. C'est ainsi que la continuité, la coordination et la globalité des soins, prennent tout leur sens autant au niveau de l'accès primaire que secondaire.

Le *Andersen Model* étudie, pour sa part, les éléments déterminants dans l'utilisation des services (Andersen, 1995). Plusieurs modèles créés par d'autres auteurs découlent du modèle original de Andersen, ajoutant ou supprimant certaines dimensions. Nous utiliserons cependant celui de Andersen (voir tableau 1.2). Ce

modèle suppose que des caractéristiques influenceront le recours et l'utilisation que la personne fera du service. Le modèle *Andersen*, tient compte de ces caractéristiques et des variables suivantes : les besoins, les possibilités et les prédispositions. Ces trois variables et leurs différentes dimensions influencent la capacité et la façon de recourir aux services.

Tableau 1.2 *Andersen Model sur l'utilisation des services* (Andersen, 1995 : 2) (traduction libre, terme original entre parenthèses)

1. Besoins (Need)	1.1. Capacité de fonctionner 1.2 Symptômes 1.3 État de santé général
2. Possibilités (enabling resources)	2.1 Ressources familiales et communautaires 2.2 Accès à ces ressources
3. Prédispositions (predisposing characteristics)	3.1 Caractéristiques personnelles (âge, genre, statut marital, éducation, ethnie, occupation, etc.) 3.2 Valeurs, croyances et attitudes

Le modèle Andersen complète le modèle Lombrail; il illustre le fait que certains aspects rendent difficiles la continuité, la coordination et la globalité dans les services (notions d'accès développés dans le tableau 1.1). Le modèle Lombrail sert aussi bien à expliquer les difficultés d'entrée dans un service que celles rencontrées au moment de l'obtention du service. Andersen insiste, quant à lui, sur les dimensions qui influenceront ces conditions lors de l'utilisation du service. Le capital social d'une personne peut être une piste permettant de comprendre ces conditions. Cela signifie que les besoins, les possibilités et les prédispositions d'une personne peuvent influencer ou influencent les professionnels avec qui elle interagira. Ce modèle permet plus particulièrement de voir si le quotidien de la vie itinérante détermine certaines contraintes à l'accès. C'est donc à l'aide de ce modèle que nous pourrions voir si les conditions dans l'itinérance (par exemple, la situation de domiciliation comme caractéristique individuelle) influencera le recours aux services et leur utilisation.

Ce modèle comporte trois variables (besoins, possibilités et prédispositions), mais ce qui pourrait être significatif dans la compréhension de l'accès ou des barrières à l'accès ce sont les dimensions de ces variables. Pour la variable *besoins*, les dimensions *capacité de fonctionner*, *symptômes*, *état de santé général* indique la gravité de la situation ou une accumulation de problèmes qui influenceront la façon de recourir aux services. La variable *possibilités* a pour dimensions les *ressources familiales et communautaires* et *l'accès à ces ressources*. L'environnement peut conditionner les repères d'une personne: par exemple, si dans un quartier il n'y a aucune clinique, pas de CLSC ou de ressources parallèles à l'hôpital, c'est le réseau de la personne qui prendra le relais; ou encore, si personne ne peut s'occuper de ses enfants, la personne malade attendra et ne consultera que lorsque sa situation de santé se sera aggravée. La dernière variable, *prédispositions*, comporte des dimensions liées aux *caractéristiques personnelles*, ainsi que les *valeurs*, *les croyances* et *les attitudes*. Cette variable est importante dans le cas des personnes itinérantes, par exemple la situation de domiciliation et d'autres caractéristiques personnelles sont essentielles pour comprendre les modèles d'utilisation. Les besoins, les possibilités et les prédispositions sont donc des variables qui peuvent potentiellement influencer l'utilisation des services et les caractéristiques individuelles propres à une personne construisent son interaction avec son environnement.

Au Québec comme au Canada, les services sont dispensés sans que l'on ait de frais directs à déboursier. Si *l'accès potentiel* est atteint, l'utilisation est presque garantie. Ensuite, si les services sont en place, que la personne peut y accéder physiquement et si les services ne réclament aucun frais direct, les facteurs empêchant la réception des services demandés sont limités. Si le coût des services est le problème principal d'accès à ceux-ci aux Etats-Unis, le Canada a globalement résolu l'essentiel de ce problème en offrant la gratuité de ce service public². Cependant, des problèmes d'accès aux services sont toujours présents, parfois de

² Gratuité directe, mais les contribuables défraient les coûts à travers les impôts.

façon indirecte, parfois de façon directe: une personne peut vouloir obtenir des services, mais elle n'a pas les moyens de faire garder ses enfants ou de se déplacer; une personne pourrait se présenter pour obtenir le service désiré, mais ne pas être reçue faute d'avoir pris un rendez-vous.

1.3.2 L'utilisation

Dans cette section, nous présenterons de façon concrète ce qui se passe lorsqu'une personne utilise un service. Deux auteurs présentent, pour l'ensemble d'une population, comment et pourquoi il y a utilisation des services. Nous verrons, ensuite, comment cela se passe pour les personnes itinérantes.

Habituellement, l'utilisation des services vise à répondre à un besoin. Pour Béland (1994), il y a deux dimensions à l'utilisation d'un service : « premièrement, sous la forme d'une reconnaissance d'un besoin par un professionnel et, deuxièmement, sous la forme d'un accord, par la collectivité, selon lequel ce besoin fera l'objet d'une utilisation de ressources dans la mesure où celles-ci sont mises à la disposition de la population » (Béland, 1994 : 845). Les besoins de tous et chacun sont soumis, selon Béland, aux idéaux sociaux et aux représentations sociales de ces besoins, donc à la manière dont les services doivent être utilisés. En effet, si un besoin n'est pas reconnu par un professionnel, la personne ne pourra le combler. Si la collectivité juge que mettre en place tel type de services pour combler tel type de besoins n'est pas nécessaire, la personne ne pourra avoir de réponse à ce besoin. Cette dimension subjective est fort importante pour comprendre comment on peut qualifier de « mauvaise » l'utilisation que font les personnes itinérantes des services; nous y reviendrons.

Thibaudeau (2000) s'est également penchée sur la question de l'accès aux soins, plus spécifiquement sur la question de l'utilisation. Elle a identifié la présence

de trois éléments avant qu'un individu décide de consulter : les symptômes, l'interférence et la tolérance (Thibaudeau, 2000 : 321-322). Le premier élément renvoie à la nature, la visibilité, la persistance et la sévérité des symptômes. Par exemple, une personne hésitera à recourir aux services d'urgence quand elle reconnaît les manifestations bénignes d'une maladie qui se manifestent chez elle et qu'elle a déjà guérie sans aller à l'urgence. Le deuxième élément est lié au degré d'interférence des symptômes avec ses activités, son travail, sa vie quotidienne. Parfois, c'est lorsqu'une personne ne peut plus se lever de son lit qu'elle se résigne à aller chercher des soins. Et le dernier élément est le niveau de tolérance à la maladie ou au mal, tolérance qui diffère d'une personne à l'autre.

En ce qui concerne les personnes itinérantes, Wenzel *et al.*, indiquent que les « physical health problems of homeless people tend not to be addressed until they become severe enough to require costly hospitalization and urgent care » (2001: 324). Ces personnes n'ont donc pas recours à un médecin de famille dans un but de prévention, mais elles ont recours aux services d'urgence lorsque le problème initial s'est largement aggravé. Rappelons, à ce sujet, que les conditions de vie dans la rue ne se prêtent pas à de bonnes habitudes sanitaires et alimentaires, ni à avoir un agenda pour fixer des rendez-vous, ni même à avoir un téléphone pour recevoir des résultats de tests médicaux. Thibaudeau (2000) explique que les personnes itinérantes ne tiennent souvent pas compte des éléments de persistance et de sévérité des symptômes, ainsi que de leur interférence avec les activités quotidiennes. Ces personnes attendent souvent que les manifestations de la maladie soient intolérables avant d'agir et ont alors recours aux services d'urgence plutôt qu'aux services de types préventifs. Les chercheurs Kushel *et al.* (2001) affirment également que « homeless persons are more likely to use emergency departments than the population as a whole » (Kushel *et al.*, 2001: 203). Ces propos laissent entendre que les personnes itinérantes utilisent plus souvent les services d'urgence (ceux qui entraînent plus de coûts) que le reste de la population. Ce travail ne mettra pas en comparaison les types

d'utilisation des services des personnes itinérantes et ceux de la population non-itinérante. Cependant, dans la prochaine section, nous tenterons de comprendre comment certains auteurs affirment que l'utilisation des services par les personnes itinérantes est inadéquate.

1.3.2.1 Utilisation « inadéquate » des services

Selon plusieurs auteurs, les personnes itinérantes font une utilisation inadéquate des services de santé pour de multiples raisons qui se rapportent à l'organisation des services de santé, aux dispensateurs de soins, aux personnes itinérantes et au contexte dans lequel elles vivent (Thibaudeau, 2000 : 316).

Les personnes itinérantes ne feraient donc pas un usage adéquat des services offerts à tous. On pense ici à l'utilisation des services de santé, en particulier l'urgence hospitalière. En raison de leurs conditions de vie, les personnes itinérantes ont généralement plus de problèmes de santé que les personnes domiciliées (Macnee, C., Forrest, L., 1997; Sachs-Ericsson, *et al.*, 1999). Comme nous l'avons mentionné auparavant le recours aux services d'urgence se fait donc à un stade de maladie fort avancé (Hatton *et al.*, 2001; Wenzel *et al.*, 2001; Thibaudeau, 2000). Souvent, certaines personnes ne connaissent pas tous les services offerts, elles n'utilisent donc pas le « bon » service parce qu'elles ne savent pas que d'autres services mieux adaptés existent (Sachs-Ericsson, *et al.*, 1999).

1.3.3 Barrières à l'accès

Certains auteurs constatent que les personnes itinérantes rencontrent un ensemble de barrières au moment de l'utilisation des services. Ils constatent également que ces barrières se situent surtout au niveau des réponses aux besoins primaires qui sont en compétition les uns avec les autres (*competing priorities*) (Macnee, C., Forrest, L., 1997; Brush, B., Powers, E., 2001; Gelberg, *et al.*, 1997). La

lutte quotidienne pour la nourriture et le logement, par exemple, relègue l'utilisation des soins de santé au dernier rang. D'autres barrières s'ajoutent: perte d'habiletés sociales et relationnelles, manque de moyens de transport, attitudes négatives du personnel médical envers les personnes itinérantes, etc. Le personnel « tend to view structural barriers such as cost of services, inadequate health insurance, and communication between agencies as the most important barriers to the provision of care to homeless individuals » (Macnee, C., Forrest, L., 1997: 438). Les problèmes liés aux frais financiers sont donc importants, aux Etats-Unis particulièrement, mais par dessus tout, l'absence de liens entre les différents domaines professionnels créent de véritables barrières à l'accès.

Les barrières à l'utilisation des services apparaissent sous diverses formes. Plus précisément, ils peuvent être de type organisationnel/structurel et social ou encore internes et externes. Les barrières organisationnelles ou structurelles s'expliquent par la structure des services mise en place, les règlements, les procédures permettant d'obtenir les services, etc. (Hatton, *et al.*, 2001). Schaffer *et al.* expliquent que les « organizational factors, such as long waits for appointments, little continuity of care, and understaffed clinics, interfere with effective and efficient health care for the homeless » (2000: 387). Les barrières dites sociales relèvent plutôt de facteurs individuels liés aux utilisateurs et aux professionnels. Certains professionnels ont des préjugés envers la population itinérante et la population itinérante a aussi des préjugés envers les professionnels. Certains professionnels et autres travailleurs qui ont des contacts avec la population itinérante ont leur lot de mauvaises expériences et peuvent, dans certains cas, généraliser; il en va de même pour les personnes itinérantes. Le non recours aux services peut dépasser les barrières structurelles ou organisationnelles et prendre la forme d'un refus de demander des services pour des raisons personnelles inexplicables.

Les termes externes et internes sont une autre manière de nommer la non-accessibilité aux services (Sachs-Ericsson *et al.*, 1999). Les barrières dites externes sont celles que le système impose à l'individu qui subit les conséquences ou les impacts de la structure en place; les barrières internes se rapportent exclusivement à l'individu et découlent des choix fait par celui-ci peu importe le comportement des professionnels.

Les différentes barrières à l'accès rendent compte des obstacles que peuvent rencontrer les personnes itinérantes lorsqu'elles désirent utiliser un service. Nous choisissons, pour les fins de cette recherche, d'utiliser la dénomination barrières organisationnelles et sociales plutôt que les dénominations interne et externe; elle est davantage évocatrice du lieu où se situe l'obstacle.

Les modèles théoriques de Lombrail (2000) et Andersen (1995) compléteront notre grille de lecture. Le premier, aborde la question de l'accessibilité en fonction des services institutionnels, en particulier les services de santé, ce que nous étendrons également aux services publics et communautaires. Par ailleurs, le *Andersen Model* servira à comprendre autant le recours que l'utilisation des services. La situation de domiciliation devrait, selon nous, se retrouver au centre de ces caractéristiques. Nous avons cependant cru utile et possible d'utiliser ces notions autant pour les services institutionnels que pour les services communautaires, car très peu de notions sont utilisées pour traiter ces derniers. À l'aide de ces modèles, nous pourrions tester si la question de l'accès se pose de la même façon, peu importe la nature du service (institutionnel ou communautaire).

Pour les fins de ce travail, lorsque nous évoquerons une « utilisation inadéquate » des services, cela fera, premièrement, référence au fait d'avoir recours aux services d'urgence des hôpitaux plutôt qu'à un médecin de famille, ou d'utiliser l'urgence de façon trop fréquente ou pour des raisons inappropriées. Cette façon de

concevoir l'utilisation « inadéquate » provient de divers auteurs qui se concentrent exclusivement sur les services de santé. Une fois de plus, il ne semble pas y avoir d'analyse concernant la façon dont les personnes itinérantes utilisent les services communautaires. Nous adapterons l'expression d'utilisation « inadéquate » pour les services communautaires en faisant aussi référence à un modèle d'utilisation trop fréquente, d'un service qui, au départ, n'a pas été mis en place pour une utilisation régulière. Nous l'utiliserons également pour qualifier l'utilisation d'un service dans un but autre que celui visé par le service. Par exemple, certaines personnes font semblant de vouloir voir un médecin, mais elles veulent plutôt dormir dans la salle d'attente durant toute la nuit. Ainsi nous pourrions peut-être voir, s'il y a ou non utilisation inadéquate et si les services de santé sont utilisés de la même façon que les services communautaires.

1.4 ORGANISATION DES SERVICES

Pour faire face au problème multidimensionnel de l'itinérance, il est de plus en plus question d'intégration des systèmes en instaurant une formule entre le suivi communautaire et les services institutionnels. Pendant longtemps, Montréal n'a pas eu de système intégré et il y avait peu de liens entre les quelques services dédiés aux personnes itinérantes. Au cours des ans et devant une telle nécessité, différents débats, propositions et projets ont vu le jour. Nous en évoquerons quelques-uns qui ont joué un rôle majeur dans l'enracinement des services aux personnes itinérantes. Le premier, le réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM), s'est constitué en 1974. Il s'est donné plusieurs mandats, dont celui de regrouper divers organismes communautaires venant en aide aux personnes itinérantes et celui de faire de la défense de droits. Ce regroupement favorise les échanges et la concertation entre les organismes communautaires concernant certaines thématiques, dont celle de l'espace public et celle du logement social. Le deuxième organisme est Dernier Recours Montréal (DRM). Ouvert en 1988, il se

voulait un centre qui orientait les personnes vers les services appropriés à leurs besoins. DRM tentait de répondre à de nombreux besoins que la population itinérante avait à cette époque et cet organisme s'est retrouvé à faire beaucoup de gestion de crise. S'il avait très peu de ressources, en termes de professionnels et de matériel, ce centre tentait tout de même de diriger les personnes itinérantes vers des ressources plus appropriées. Ce centre est maintenant fermé, mais il a été un tournant dans l'organisation des services pour les personnes itinérantes.

En 1990, au CLSC des Faubourgs, une équipe interdisciplinaire a été mise sur pied pour prendre le relais de DRM. *L'Équipe Itinérance*, composée de différents professionnels, a pour principal mandat de venir en aide à la population itinérante du Centre-Ville de Montréal. Cette aide prend plusieurs formes, dont celle de relier entre eux des hôpitaux, des services en CLSC, la police locale, l'aide juridique et d'autres groupes communautaires, afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de cette population. Au cours des années, cette équipe a développé une expertise en ce qui concerne la population itinérante. Elle a aussi développé un modèle d'intervention unique, soit celui d'offrir différents services, habituellement offerts en CLSC, dans les lieux fréquentés par les personnes itinérantes, dont des refuges et des soupes populaires par exemple.

Parmi tous les services et organismes en place à Montréal, plusieurs sont offerts pour la population itinérante autant dans le secteur communautaire qu'institutionnel. Dans le secteur communautaire, certains services ou organismes sont plus spécifiques s'adressant exclusivement aux personnes itinérantes. D'autres, plus flexibles, desservent les populations défavorisées sans distinction quant au domicile de ces personnes. Les divers services institutionnels, (hôpitaux, CLSC, etc.) desservent parfois des populations spécifiques (jeunes itinérants, adultes itinérants, femmes violentées), mais généralement leurs services sont offerts à tous et à toutes. Cependant, la majorité des services de santé ne proposent pas de services spécifiques

aux populations itinérantes. Certains hôpitaux développent des spécialités et certains médecins développent des affinités avec une population concernée, mais les services en santé doivent correspondre aux besoins de la collectivité en général.

De façon plus spécifique, les services et organismes desservant la population itinérante à Montréal sont organisés en termes de services de première, deuxième et troisième ligne. Les services de première ligne sont généralement les services d'urgence (urgence santé, urgence psychiatrique, urgence sociale, urgence en hébergement, etc.). Les services de deuxième ligne proposent des services un peu plus spécialisés, par exemple, une cure de désintoxication de plusieurs semaines. Plutôt que de demeurer dans un service pendant quelques jours, comme c'est le cas dans les services de première ligne, les personnes peuvent parfois y demeurer plusieurs semaines voire quelques mois. Les services de troisième ligne concernent des besoins beaucoup plus spécifiques et impliquent un séjour ou un traitement à long terme. Nous pensons ici aux logements avec support communautaire où une personne peut loger parfois deux ans, d'autres fois jusqu'à ce qu'elle veuille le quitter. De façon générale, ce sont les services de première ligne qui sont les plus largement utilisés par les personnes itinérantes. Les services de deuxième et troisième lignes sont tout autant utilisés, mais ont une capacité d'accueil beaucoup plus restreinte.

1.4.1 Services institutionnels

Les services institutionnels sont diversifiés et vont des soins hospitaliers aux services à domicile, en passant par les services d'aide thérapeutique en CLSC. En créant les Centres locaux de services communautaires (CLSC) au début des années 1980, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS) voulait augmenter l'accessibilité aux services, améliorer les interventions en cas de crise, et ce, tout en alliant les soins de santé et l'intervention sociale. Surtout, il voulait créer un réseau de services de première ligne (Roy, 1987). Cette organisation ne faisait pas

concurrence aux hôpitaux mais voulait agir de concert avec eux. Les CLSC visaient à : « réduire les inégalités en oeuvrant auprès des groupes à risques, [à maintenir] des personnes en milieu naturel et [à] implanter des services qui seraient communs à tous les CLSC » (Roy, 1987 : 7). Le projet, tel que proposé, n'a pas fonctionné comme les autorités l'espéraient. L'institutionnel n'a pu historiquement assumer le développement complet des services qu'ils voulaient offrir dans le secteur communautaire. Devant l'impossibilité d'offrir tous les services nécessaires, des modifications aux projets des CLSC sont apparus. Ouellet et Roy parlent d'un passage d'une accessibilité universelle à une accessibilité sélective, pour qualifier les changements dans l'organisation des CLSC (1994 : 871). S'il y a eu passage à une accessibilité sélective, c'est que certaines clientèles devenaient prioritaires. Ainsi, des listes d'attente furent créées et les heures d'ouverture et de disponibilité des médecins diminuèrent. Les CLSC ont, avec le temps, développé des équipes multidisciplinaires spécialisées pouvant desservir différentes populations, domiciliées comme itinérantes. C'est d'ailleurs ce que le CLSC des Faubourgs a fait en développant une *Équipe itinérance* et une *Équipe jeunes de la rue*. De façon plus générale, la mission première des CLSC est d'améliorer le bien-être dans le domaine de la santé selon une perspective communautaire et en gardant les personnes autonomes; ils assument donc des responsabilités très différentes de celles des hôpitaux (<http://www.aphrso.org/clsc.htm>).

Aujourd'hui, en 2005, les 147 CLSC prennent un nouveau virage; ils constituent avec d'autres institutions de santé, 95 réseaux de Centres de santé et de services sociaux (CSSS). L'accès aux services semble aussi être une des préoccupations des CSSS. En effet, des quatre objectifs de la création des CSSS par le MSSS, les trois derniers touchent la question de l'accessibilité aux services. Ces quatre objectifs sont les suivants : 1) Améliorer l'état de santé et de bien-être de la population; 2) Rapprocher les services de la population; 3) Faciliter le cheminement des usagers; 4) Prendre en charge les clientèles vulnérables. Ces réseaux de Centres

de santé et de services sociaux regroupent maintenant, selon une région administrative précise, des CLSC, des Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), des centres de réadaptation et des hôpitaux. Ils sont rattachés à un hôpital ou à un Centre médical associé (CMA) et à des Groupes de médecine familiale (GMF). Les réseaux portent officiellement le nom de CSSS et l'implantation s'est faite petit à petit à travers le Québec. Le temps dira si l'accessibilité aux services a été améliorée.

Les hôpitaux montréalais et les CSSS, sont organisés en région administrative. Les hôpitaux offrent des services en soins de santé et certains services connexes dont des services de désintoxication. Pour obtenir ces services gratuitement, il faut avoir la carte d'assurance-maladie. Cette carte, les personnes itinérantes ne l'ont pas toujours avec eux. La réalité des conditions de vie dans la rue ne permet pas toujours d'avoir un bagage avec soi, et les pertes et les vols étant fréquents, de nombreuses personnes itinérantes se présentent aux services sans celle-ci. Une seconde exigence pour recevoir des soins hospitaliers est d'avoir une adresse. Dans le but de répondre aux besoins des personnes sans adresse fixe, les hôpitaux de Montréal effectuent une rotation, comme nous l'avons expliqué auparavant. Pour recevoir des soins de santé, les personnes itinérantes doivent se rendre à l'hôpital de garde. Le problème est que la personne malade est susceptible de ne pas connaître lequel de ces hôpitaux est disponible. De plus, comme le principal mode de transport des personnes itinérantes est la marche, le découragement et l'impossibilité concrète d'avoir des services apparaissent.

En plus de ces deux exigences, les services dispensés ne sont pas toujours adaptés à la réalité du retour dans la rue, après un séjour hospitalier, dont la durée est de plus en plus courte. Lorsqu'une personne a une convalescence de quelques semaines à effectuer « chez elle », les conséquences sont catastrophiques pour les personnes itinérantes, car elles n'ont pas de lieu confortable et sécuritaire qui leur

permet de se rétablir. À Montréal, lorsqu'une personne quitte l'hôpital alors qu'elle n'est pas assez autonome pour retourner chez elle, elle peut être dirigée vers un CHSLD. Cependant, pour avoir une place en CHSLD, une personne doit avoir une adresse fixe qui n'est pas celle d'un refuge. Comme l'indiquent les auteurs Levy et O'Connell : « Despite its effect on treatment, homelessness is often neither identified nor addressed in the care of hospitalized patients or in their discharge plans » (Levy et O'Connell, 2004: 2331). La situation spécifique des personnes itinérantes que l'on renvoie « chez eux », leur pose de sérieux problèmes ainsi qu'aux diverses organisations de soins.

1.4.2 Services communautaires

Une partie de la littérature scientifique sur l'accès et le recours aux services par les personnes itinérantes concerne surtout les services de santé et peu les services communautaires. Selon Wong (1999), aux États-Unis la demande de services communautaires est beaucoup moins grande que la demande de services pour des soins de santé. Pourtant, les services communautaires répondent à des besoins différents de ceux des services de santé. Par exemple, les services communautaires fournissent de la nourriture, un lit, des vêtements, un espace commun, des liens sociaux, etc. Le secteur communautaire est composé d'organismes d'aide, de centres d'hébergement, de soupes populaires, de centres de jour, bref d'une diversité de formes d'aide permettant de répondre aux besoins d'une partie des populations démunies. Les services en place desservent donc une partie de la population itinérante. Une autre partie de cette population n'a pas ou peu recours aux services en place : cette population récalcitrante à l'offre des services, n'est parfois rejointe que par les équipes « outreach ».

Les services communautaires sont généralement organisés pour des populations précises, par exemple les femmes itinérantes, les femmes violentées, les

jeunes de la rue, les hommes itinérants, les familles vivant dans l'extrême pauvreté, etc. Ils desservent donc des populations spécifiques avec des objectifs spécifiques. Dans une des sections précédentes, nous relations le fait que les besoins primaires des personnes en situation d'itinérance entraînent en compétition (*competing priorities*) ce qui fait en sorte que celles-ci recherchent de la nourriture ou un lit pour la nuit plutôt que des réponses à leurs besoins en santé physique ou mentale, ce qui contredit Wong. Ainsi, les services communautaires sont utilisés comme réponses aux besoins quotidiens, et cela, parfois, sur une longue période.

Dans cette section nous avons cherché à faire un portrait de la dispensation des services à Montréal. Les services de santé sont universels: tous ont accès aux mêmes services et tous les services devraient être dispensés de la même façon. Les services communautaires, quant à eux, visent certaines populations et leurs besoins particuliers. Peut-être pourrions-nous faire ressortir les différences dans le discours des personnes itinérantes entre leur expérience dans le réseau communautaire et les services institutionnels de santé? Peut-être pourrions-nous voir que la dispensation de services de type universel en santé affecte le modèle d'utilisation par ces personnes?

1.5 FOUCAULT ET LA SOCIÉTÉ NORMALISATRICE

Ce mémoire, allie le phénomène de l'itinérance dans sa diversité, à celui de la problématique de l'accès aux services. Plus spécifiquement, nous tenterons d'analyser les discours des personnes itinérantes au regard de leur utilisation des services et en fonction de leur situation de domiciliation. Une entrée théorique intéressante est celle proposée par Foucault sur le pouvoir disciplinaire, l'anatomo-pouvoir, et le bio-pouvoir qui nous permet de réfléchir à la question de l'utilisation des services institutionnels et communautaires. Les services ont comme objectifs de répondre aux besoins. Chaque institution ayant ses règles, le rapport à celles-ci renvoie à la question du dispositif du pouvoir et de la normativité. Foucault n'a certes jamais

traité de la question de l'itinérance comme problème social. Cependant, son modèle théorique nous permet de réfléchir à l'utilisation des services par les personnes itinérantes, car : « les mécanismes du pouvoir s'adressent au corps, à la vie, à ce qui la fait proliférer, à ce qui renforce l'espèce, sa vigueur, sa capacité de dominer, ou son aptitude à être utilisée » (Foucault, 1976 : 194).

L'archéologie et la Généalogie sont les approches, utilisées par Michel Foucault pour comprendre les problèmes sociaux contemporains. Il s'agit de remonter historiquement jusqu'à l'origine du phénomène étudié avant qu'il ne soit devenu problématique. Cela doit permettre de mieux le comprendre. Dans son ouvrage sur la folie (1975), Foucault s'est intéressé aux problèmes contemporains qu'étaient les asiles et le traitement des personnes dans ces lieux. Il a remonté le fil du temps jusqu'avant la naissance de la psychiatrie afin de mieux éclairer la situation présente. Il a aussi revu le concept de discipline, qu'il a ensuite investi en tant que dispositif du pouvoir; c'est d'ailleurs ce dispositif que nous retiendrons comme outil théorique dans le cadre de ce mémoire. La théorie foucaldienne du pouvoir étant large et complexe, nous n'abordons ici que le concept de pouvoir disciplinaire.

En remontant dans l'histoire, Michel Foucault indique que l'âge classique a découvert le corps comme objet et comme cible du pouvoir. Le pouvoir disciplinaire n'origine pas d'une période précise, mais l'on peut dire qu'il s'est institué principalement à travers diverses techniques d'assujettissement, comme la discipline dans l'armée, à l'école, dans les ateliers et même dans les usines. Foucault identifie deux formes de pouvoir sur la vie: le corps comme machine et le corps comme espèce. L'utilité et la docilité sont les principales caractéristiques du dressage du corps comme machine. Cette forme présente le corps comme une « intégration à des systèmes de contrôle efficaces et économiques, tout cela assuré par des procédures de pouvoir » (Foucault, 1976 : 183). Par exemple, l'armée a reconnu à un certain moment l'importance de la médecine, car elle amenait le corps à performer toujours

plus. Le corps espèce est, pour sa part, traversé par le vivant. Il renvoie surtout à la biologie des corps, par la naissance, la mort, la santé, etc. En considérant le corps comme une espèce, il y avait une volonté de compréhension de la biologie humaine à des fins politiques. Le pouvoir est maintenant caractérisé par la possibilité d'investir la vie de toutes parts, par l'anatomie/machine et la biologie/espèce.

1.5.1 Le pouvoir disciplinaire (anatomo-pouvoir)

Le pouvoir disciplinaire chez Foucault s'explique par plusieurs aspects. Dans *Surveiller et punir*, il aborde la question d'abord en termes de techniques de contrôle de l'individu au moyen de quatre techniques: l'individu dans l'espace, les activités, l'individu en organisation hiérarchique, et la docilité du corps. Ensuite, Foucault explique le pouvoir en termes de dressage des corps à travers la surveillance, la sanction et l'examen. Finalement, il reprend l'idée de Bentham pour ainsi parler de panoptisme. Donc, Foucault parle de la construction d'une structure qui permet de se regarder mutuellement, peu importe où l'on se trouve et où l'autre se trouve. Cette structure permet ainsi la surveillance sans que l'on sache que l'on est observé. Le panopticon a souvent été associé aux prisons mais, au-delà d'une construction physique, cette structure pourrait tout autant s'appliquer à une ville ou une cité.

Contrôle de l'individu

Ce concept renvoie donc aux techniques de contrôle de l'individu selon quatre techniques. La première est celle de la répartition des individus dans l'espace. Il y a délimitation d'un lieu, ce que l'on peut observer dans les structures telles que l'école, l'armée, les usines et les manufactures. Dans ce lieu, il faut imposer un quadrillage qui indique à chaque individu une place précise. Vient ensuite le contrôle des activités. Comme Foucault l'explique dans *Surveiller et punir*, l'inspiration du contrôle des activités provient particulièrement des communautés monastiques qui, en plus des rituels à scander, avaient des activités du jour précises. La détermination de

ces activités, ainsi que leur répétition faisait également partie du contrôle. Une importance est accordée à la coordination des gestes et du corps. La nature et la spécification des actes imprègnent la discipline, surtout dans le contrôle de l'emploi du temps. Les deux dernières techniques de contrôle s'ajoutent pour organiser les corps hiérarchiquement et docilement. Foucault présente, comme exemple, les exigences de l'armée vis-à-vis des corps qui doivent se mouvoir de toutes sortes de façons et dans une grande diversité de tâches assignées. Ce dressage des corps se fait donc à travers les «commandements», ce qui constitue l'organisation hiérarchique des personnes et des corps. C'est ainsi que se boucle la première étape de l'opération du pouvoir disciplinaire.

Le dressage des corps

Le second aspect du pouvoir disciplinaire, le dressage des corps, se maintient grâce à trois instruments. Premièrement, Foucault accorde une grande importance au regard comme technique d'assujettissement, ce qu'il appelle la surveillance hiérarchique. Il développe alors longuement son concept de panoptisme, cette structure qui permet le renforcement de cet instrument du pouvoir. A travers cette surveillance hiérarchique, le pouvoir disciplinaire s'insère dans les multiples sphères; de cela n'émerge pas qu'une seule discipline mais des dispositifs disciplinaires. Afin de renforcer l'importance du regard hiérarchique, la sanction devient le deuxième instrument. Elle a pour but de normaliser les comportements, les gestes et les corps, afin d'instaurer un système pénal. Les gestes doivent être communs afin de normaliser les corps. C'est ainsi que pour Foucault apparaît la norme, car « le pouvoir de normalisation contraint à l'homogénéité; et il individualise en permettant de mesurer les écarts, de déterminer les niveaux, de fixer les spécialités et de rendre les différences utiles en les ajustant les unes aux autres » (Foucault, 1975 : 186). **Enfin, s'ajoute l'examen** comme troisième type d'instrument. Foucault distingue le pouvoir traditionnel qui se voit, se montre et se déploie, du pouvoir disciplinaire **qui en s'exerçant devient invisible. L'examen s'insère dans une technique**

d'assujettissement non pas flamboyante, mais plutôt comme un mécanisme direct d'objectivation. Foucault mentionne que cet instrument permet d'accumuler les preuves documentaires, ce que le regard et la sanction ne permettent pas (les deux se font de façon informelle). « La constitution de l'individu comme objet descriptible, analysable » devient donc possible grâce à cet appareil d'écriture (Foucault, 1975 : 192). Voilà résumé rapidement la notion du pouvoir disciplinaire chez Foucault.

1.5.2 Le Bio-pouvoir

Le pouvoir sur la vie s'est développé de deux façons qui n'en sont pas moins complémentaires et qui permettent à « des techniques diverses et nombreuses [d']obtenir l'assujettissement des corps et le contrôle des populations » (Foucault, 1976 : 184). Le corps comme machine dresse les corps, accroît les forces, affine l'utilité des corps, ce qui permet leur docilité. Le corps comme espèce, quant à lui, permet le développement selon la biologie des corps. Le contrôle des naissances, les niveaux de santé, etc., sont d'autres façons d'exercer une régulation. Les processus de la vie sont donc investis par le pouvoir et comme Foucault l'indique, ce pouvoir-savoir devient : « un agent de transformation de la vie humaine » (*Ibid.* : 188). Ce bio-pouvoir permet de pénétrer la vie sous plusieurs aspects, ce que l'anatomopouvoir ne permet pas. Par exemple, les façons de se maintenir en santé, les façons de se nourrir, de se loger sont soumises aux impératifs de ce bio-pouvoir. Cela est intégré à travers les normes sociales. Le bio-pouvoir investit donc les conditions de vie des personnes. Comme l'explique Foucault : « une société normalisatrice est l'effet historique d'une technologie du pouvoir centrée sur la vie » (*Ibid.* : 190).

Une société normalisatrice dresse et régule des corps et investit les conditions de vie en fonction de ce qu'elle veut être et représenter. Lorsqu'une personne ne s'inscrit pas dans un parcours disciplinaire ou dans le bio-pouvoir, apparaît alors la résistance; l'on peut aussi voir apparaître de l'exclusion ou de la stigmatisation.

1.5.3 La résistance

À divers endroits dans son oeuvre, Foucault traite de la question du pouvoir. Il explique que le fonctionnement des relations de pouvoir permet l'émergence de luttes développées sous forme de résistance. Le pouvoir est un jeu de relations inégalitaires continuellement mobiles car elles diffèrent dans le temps et l'espace. Le pouvoir est propre à des relations entre deux ou plusieurs personnes, tout comme il est propre aux différentes institutions sociales. Et « ce n'est pas que lorsque les technologies disciplinaires établissent des rapports entre ces différents lieux institutionnels que la technologie disciplinaire peut être efficace » (Dreyfus et Rabinow, 1984 : 266). En effet, la discipline est toujours efficace, seule ou provenant de plusieurs institutions. Mais Foucault affirme que la domination n'est pas le moteur des relations de pouvoir et que le pouvoir n'est pas accaparé par un seul groupe. Les relations de pouvoir sont inégales car celui-ci change de pôle, ne le laissant pas se concentrer toujours au même endroit. Malgré cela, les relations de pouvoir sont « intentionnelles et non subjectives » (*Ibid.* : 268). C'est pourquoi Foucault dit que la relation de pouvoir est voulue, mais que ce sont les effets du pouvoir qui sont inconnus et non maîtrisables.

Ce qui tente de se dresser contre le pouvoir ou la volonté de disciplinarisation est nommé, par Foucault, de la résistance. En effet, des oppositions existent dans plusieurs champs sociaux, telles les relations hommes-femmes, médecins-patients, etc., fondamentalement constitutives des relations de pouvoir. De ces relations, peuvent émaner des luttes ou des résistances. Tout en étant diversifiées, celles-ci ont plusieurs points en commun, mais un élément est central : s'opposer à un pouvoir qui « s'exerce sur la vie quotidienne immédiate, qui classe les individus en catégories, les désigne par leur individualité propre, les attache à leur identité, leur impose une loi de vérité qu'il leur faut reconnaître » (*Ibid.* : 302). C'est ainsi que se construit le « sujet » chez Foucault; celui qui est soumis à un autre est dépendant tout en étant rattaché à une identité propre.

L'exercice du pouvoir est alors « un mode d'action de certains sur certains autres » (*Ibid.* : 312) et permet de s'appuyer sur des structures en place de façon permanente. Ainsi, « l'exercice du pouvoir consiste à "conduire des conduites" et à aménager la probabilité » (*Ibid.* : 314). Cela nous mène à dire que les relations de pouvoir ne peuvent s'exercer que sur des sujets libres car, étant libres, ils ont diverses possibilités de se conduire. Face à des sujets libres, la relation de pouvoir devient mobile et surtout, extrêmement complexe.

Foucault nous aidera à comprendre et à qualifier le type d'utilisation des services que font les personnes itinérantes. Nous avons vu, dans la littérature, qu'il y avait une façon adéquate et une inadéquate d'utiliser les services. Avec les effets d'une société normalisatrice, il sera intéressant de voir comment, dans le cas concret qu'est le recours aux services, une norme peut s'établir.

CHAPITRE II

QUESTIONS DE RECHERCHE ET CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

Le présent mémoire analyse le discours des personnes itinérantes au regard de l'utilisation des services institutionnels et communautaires. Nous questionnerons l'accessibilité aux services et confronterons un certain discours des milieux institutionnel et communautaire qui prétend que les personnes itinérantes ne font pas un usage adéquat des services mis à leur disposition.

Pour discuter du postulat d'une utilisation « inadéquate », de même que de la question large de l'accessibilité, nous utiliserons les modèles de Lombrail, d'Andersen, de Béland ainsi que la notion de pouvoir disciplinaire chez Foucault. Ces modèles nous permettront de comprendre l'accessibilité et les motifs derrière l'utilisation d'un service, les facteurs qui prédisposent à un type d'utilisation ainsi que les manières de faire.

2.1 CONSTRUCTION DE L'OBJET

Dans le présent chapitre, nous allons introduire la construction de l'objet en spécifiant notre question, nos objectifs et hypothèses de recherche ainsi que les choix méthodologiques en présentant notre matériau de recherche, les entretiens, les variables retenues pour la codification, de même que les limites de nos données et les retombées anticipées de cette recherche.

2.1.1 Question de recherche

À la lumière des explications que nous venons d'exposer notre question de recherche est double : Que disent les personnes en situation d'itinérance de l'utilisation qu'elles font des différents services ? Comment qualifient-elles leur trajectoire ou leurs situations d'itinérance ? Nous croyons, que les conditions différenciées dans l'itinérance, domiciliation ou non, ont un impact sur la façon dont ces personnes ont recours aux services. La première partie de notre question de recherche renvoie aux formes d'utilisation des services par les personnes itinérantes. À travers leurs discours, nous tenterons de définir le type d'utilisation des services institutionnels et des services communautaires. Le deuxième volet de notre question concerne les conditions différenciées (domiciliation et quotidien de la vie itinérante) dans lesquelles se retrouvent les personnes itinérantes. Nous analyserons le lien entre ces conditions de vie et l'utilisation des services. En effet, il nous semble que la situation de domiciliation pourrait être déterminante dans la façon d'utiliser les services. Les conditions de santé physique et de santé mentale affecteront aussi le recours aux services et aux organismes. Une personne vivant en chambre et circulant dans les différentes ressources communautaires utilisera probablement des services d'une manière différente de celle personne qui vit dans la rue depuis plusieurs mois. Si la majorité des personnes itinérantes sont, selon la manière dont on les désigne dans le milieu, des personnes multiproblématiques, avec des problème de santé physique et/ou problème de santé mentale et/ou problème de toxicomanie, etc.) cela aura un impact sur la façon d'utiliser les services et les organismes.

Avec la première question, nous voulons voir si les modèles de l'accès aux services proposés par Lombrail (2000) et Andersen (1995), peuvent nous aider à comprendre l'accès général de ces personnes et où se situent les difficultés. Nous tenterons de voir les situations où l'accès est compromis en investiguant la présence ou non de barrières. Avec la deuxième question, nous questionnerons l'affirmation de

certain auteurs qui qualifient l'utilisation de services par les personnes itinérantes, d'inadéquate. Peut-être que la situation d'itinérance détermine la façon d'utiliser les services et organismes. De plus, si la façon dont ces personnes utilisent les services est inadéquate, c'est qu'il doit exister une façon adéquate de les utiliser. Nous opposerons l'idée de « bon et mauvais » usage des services à la question de la normalisation des conduites. À une plus petite échelle, nous tenterons de relier le concept du pouvoir chez Foucault et celui de la normalisation des conduites avec les types d'utilisation des services par les personnes itinérantes. Surtout, nos deux questions de recherche nous permettront de voir comment les personnes itinérantes se qualifient, comment elles qualifient ce qu'elles vivent au quotidien et comment elles qualifient les nombreuses interactions qu'elles ont avec les services à Montréal.

2.1.2 Objectifs de recherche

Cette recherche vise à comprendre un aspect du phénomène de l'itinérance qui n'est pas très bien documenté au Québec, celui de l'utilisation des services en relation avec les conditions différenciées dans lesquelles se trouvent les personnes itinérantes. Les textes sur l'accessibilité abondent dans la littérature scientifique étasunienne, mais ces études sont faites dans un contexte de non gratuité des services. Le Canada ayant un système de santé universel, la question de l'accès ne devrait pas se poser dans les mêmes termes. Pourquoi la question de l'accès se pose-t-elle donc? Est-ce parce que la question n'est pas adressée au bonne instance? Et la « vraie » difficulté, plutôt que de concerner l'accessibilité, aurait-elle à voir avec l'utilisation des services? C'est ce que nous tenterons de démontrer. Cette recherche part du postulat qu'il existe différentes formes d'itinérance et que l'itinérance renvoie à une diversité de personnes, donc à une diversité de situations.

2.1.3 Hypothèses de recherche

Notre question de recherche comporte deux volets : la façon dont les personnes itinérantes qualifient leur utilisation des services et la manière dont elles décrivent leur trajectoire ou leur situation d'itinérance. À la lumière de ces questions, nous postulons que :

- Le discours des personnes en situation d'itinérance, lorsqu'elles évoquent l'utilisation des services de santé et services communautaires, mentionne une diversité de barrières.

Il y aurait deux types de barrières : les barrières organisationnelles et les barrières sociales. La première catégorie concerne davantage la structure en place et la façon dont fonctionne la logistique. La seconde, renvoie aux préjugés et autres obstacles personnels que les personnes itinérantes vivent lorsqu'elles rencontrent différents intervenants. Nous croyons qu'il y a davantage de barrières organisationnelles que sociales. Les barrières liées à la structure en place seront celles qui occasionneront le plus de difficultés aux personnes itinérantes lorsqu'elles veulent utiliser un service.

- Les personnes en situation d'itinérance utilisent de manière variée les services et elles ne perçoivent pas cette utilisation comme étant « inadéquate ».

Comme le disait Béland (1994), l'utilisation des services est liée aux besoins et est approuvée par les professionnels et la communauté. Lorsque les personnes itinérantes en éprouvent le besoin, elles ont recours à des services sans égard aux attentes de la communauté et du médecin. Leur utilisation leur apparaîtra comme adéquate puisqu'elles ne se comparent pas aux autres personnes. Elles utilisent les

services comme elles le pensent et pas comme l'entendent les autres. Ou peut-être que, dans un autre ordre d'idée, la question de l'utilisation adéquate ou inadéquate n'en est pas une pour elles. Nous verrons, avec la théorie de disciplinarisation de Foucault, comment l'on peut penser qu'il y a une « bonne » et une « mauvaise » façon d'utiliser les services et comment la question de la norme face au pouvoir en place se construit en ce qui a trait à l'utilisation des services par les personnes itinérantes.

- La façon dont une personne en situation d'itinérance utilise les services est marquée par sa condition de vie itinérante (domiciliation et quotidien en itinérance).

Les modèles de Lombrail et de Andersen nous serviront pour analyser comment s'effectue l'utilisation des services en fonction des besoins des personnes. Ces modèles nous permettront peut-être de mieux comprendre si certaines caractéristiques déterminent ou non l'accès aux services, pensons par exemple à la domiciliation ou aux problèmes de santé physique ou mentale. De plus, à travers la littérature scientifique, l'itinérance a souvent tendance à être conceptualisé exclusivement en terme d'absence de toit que ce soit une chambre, un logement, etc. Cependant, une multitude de situations de domiciliation sont possibles (Laberge et Roy, 2001; Roy *et al.*, 2003). Ce sont ces multiples façons « d'être » en itinérance qui influencent, selon nous, la façon dont ces personnes auront recours aux services en place.

2.2 CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

La question de l'utilisation des services est très large et implique une multitude d'acteurs. Nous avons privilégié le discours des personnes, leurs interprétations et leurs expériences quotidiennes.

2.2.1 Considérations générales

Le matériau utilisé consiste en un segment d'entretiens non probabiliste de source secondaire. Ces entretiens ont été réalisés dans le cadre de deux recherches précédentes du Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI) : « La représentation du risque et de la maladie chez les personnes itinérance » et « Construction identitaire et représentation de la maladie chez les personnes itinérantes »³. Les recherches exploraient les représentations de la santé et de la maladie chez des personnes itinérantes, dont des personnes séropositives. Les personnes interviewées étaient volontaires, femmes ou hommes, utilisaient plusieurs types de services pour personnes itinérantes à Montréal (voir la prochaine section). Nous avons repris ce matériau afin de l'explorer sous un angle différent, soit l'utilisation des services en lien avec une situation ou une trajectoire d'itinérance.

Ce mémoire s'est effectué en différentes étapes qui tiennent compte du fait qu'il s'agit d'un matériau secondaire. Premièrement, une large recension des écrits a été effectuée sur les thématiques de l'itinérance et l'accessibilité aux services. En un deuxième temps, la codification des entretiens s'est faite, sans que la problématique ne soit complètement définie. En un troisième temps, la problématique a été précisée en fonction du contenu exploré.

³ Ces deux recherches, sous la direction de Shirley Roy et Roch Hurtubise, ont été menées de 2001 à 2003 et ont été subventionnées respectivement par un programme conjoint CQRS-CQCS et par le CRSR.

L'approche qualitative adoptée pour les entretiens a favorisé l'exploration de l'imaginaire itinérant à partir du discours des acteurs eux-mêmes. Trois ordres de difficultés doivent être considérés dans l'élaboration d'une méthodologie efficace pour atteindre les objectifs poursuivis : le repérage des personnes itinérantes; la précarité de la population à l'étude; la thématique du VIH/SIDA. D'abord, la difficulté de rejoindre les populations itinérantes s'est posée ici comme elle se pose dans toutes les recherches sur ce phénomène. Il s'agit d'une population marginalisée, à laquelle ne correspond aucune catégorie administrative. Il a donc fallu penser à une diversification des stratégies afin de tendre vers un échantillon largement diversifié. Si cet aspect est souvent passé sous silence, les problèmes vécus par les personnes itinérantes complexifient les démarches et procédures de recherche. Les états d'intoxication, les troubles de santé mentale, les problèmes d'élocution, par exemple, sont des éléments à considérer dans l'établissement du devis de recherche. Enfin, il était délicat de traiter du VIH/SIDA avec les personnes itinérantes, en raison de ses liens avec les thématiques de la sexualité, de pratiques clandestines et illégales (prostitution, consommation et vente de drogue) et de la mort. Ce dernier aspect implique des stratégies de recrutement particulières d'une part, et des habiletés dans la façon d'être en contact avec les personnes itinérantes et de mener les entretiens, d'autre part.

Compte tenu du caractère exploratoire des recherches et des spécificités qui viennent d'être évoquées, trois approches complémentaires ont été retenues pour l'atteinte des objectifs visés : 1) consultation auprès des intervenants afin de préparer la grille d'entrevue avec les personnes itinérantes; 2) soutenues par l'expérience des intervenants, ces consultations ont permis de s'assurer de la pertinence de la grille d'entrevue, cette démarche semble d'autant plus nécessaire que très peu d'études ont porté sur la question; 3) le contact avec les intervenants a permis d'établir un protocole de rencontre avec les personnes itinérantes. Les contacts du CRI avec le milieu de l'itinérance (Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal

et l'équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs composée d'infirmières, de travailleurs sociaux, de psychiatre) ont été utilisés afin de mener ces entretiens.

Pour s'assurer de la plus grande diversité possible, le réseau des ressources en itinérance a été sollicité. Il y a eu recours à différents types de ressources : refuge, centre d'hébergement, centre de désintoxication, centre de jour, centre de crise, soupe populaire, ressources femmes, jeunes, hommes, afin de composer un échantillon diversifié de la population itinérante. Ainsi, certaines personnes rejointes ont l'habitude de circuler entre plusieurs ressources et d'autres n'en fréquentent qu'une seule. Par ailleurs, l'échantillon est contrasté à partir des quatre variables suivantes : l'âge (18-25 ans, 26-40 ans, 41 ans et plus), le sexe, la durée de l'expérience itinérante (dans la rue ou expérience récente de rue, hébergement précaire, hébergement de longue durée, en logement), le statut sérologique (ceux qui se savent séropositifs et les autres).

La stratégie privilégiée quant aux procédures de sélection des personnes, a déjà utilisée dans une recherche antérieure et comporte deux étapes. Dans un premier temps, le projet de recherche a été présenté aux équipes d'intervenants des ressources ; dans un second temps, les utilisateurs des ressources, les personnes itinérantes, étaient invités à prendre contact avec un intervenant ou directement avec le chercheur. Cette approche est basée sur le volontariat des personnes et à cet effet, des consignes claires ont été transmises précisant que le fait de participer ou non à la recherche n'aura pas d'incidence négative ou positive sur les services dont elles pourront bénéficier par la suite. À la fin de chaque entrevue, l'interviewé était invité à compléter une fiche signalétique indiquant des données socio-démographiques, relatives à son état de santé et son statut sérologique. Ces données ont été nécessaires afin de valider la population d'étude.

2.2.2 Les personnes interviewées

Les représentations sociales sont généralement négatives à l'égard des personnes itinérantes. Leur apparence physique et parfois leur incohérence font peur à certains qui comprennent mal comment une personne peut se retrouver à la rue. Sans entrer dans ce débat, et sans entrer non plus dans le débat sur les préjugés, l'on peut tout de même constater que les personnes itinérantes ont leur un lot de problèmes. Si l'on veut tenter de comprendre les raisons derrière l'utilisation des services, il suffit de regarder le quotidien dans la vie itinérante. Mais avant de regarder ce quotidien, nous présenterons un bref portrait des personnes interviewées à partir de ce qu'elles disent d'elles-mêmes. L'âge des 21 personnes interviewées varie de 24 ans à 64 ans pour un âge moyen de 38 ans. Très peu de femmes ont été interviewées, elles ne sont en effet que 4 sur 21. Nous ne donnerons ici que quelques points de repères de leur histoire. Même si les récits se ressemblent à certains égards, nous avons tenu à décrire leurs situations une à une, ce qui donne à la fois une existence à chacun et illustre la proximité et la complexité des situations vécues. L'énumération permet, ici, de prendre la mesure de leur réalité, ce qu'un condensé n'aurait pas permis de faire.

L'interviewé 1 a 37 ans. Il est au prise avec une hépatite (B). Il a des problèmes d'alcoolisme, d'anxiété et il est dépressif. Il utilise les refuges pour dormir.

L'interviewée 2 a 42 ans et elle fréquente aussi les refuges. Elle a deux enfants qui ne vivent pas avec elle; il lui est même interdit de les voir.

L'interviewé 3 a 35 ans et a fait un long service militaire. C'est à son retour de Yougoslavie que sa situation d'itinérance a commencé. Il consomme de la « freebase » et les revenus de la prostitution constitue sa principale ressource financière. Il dort dans les refuges et dans les peep shows.

L'interviewée 4 a 64 ans et est aux prises avec des problèmes cardiaques. Lorsqu'on lui demande quel est le problème de santé qui l'a le plus dérangée, elle

répond, en riant « la psychiatrie ». Elle dort dans un refuge, car elle préfère les endroits surveillés.

L'interviewé 5 a augmenté sa consommation pour tenter d'oublier le jeu compulsif. Au moment de l'entrevue il avait 43 ans et un problème de cocaïne. Il dort dans un refuge.

L'interviewé 6 a 47 ans, il consomme du P.C.P. et ne consomme plus de cocaïne. Il dort aussi dans un refuge.

L'interviewé 7 s'adonne «un peu» au jeu. Il a un diagnostic de personnalité « borderline » et dit faire une dépression majeure. À 29 ans, il dit aussi pratiquer un instrument de musique qu'il est le seul à pratiquer au Québec. Il dort dans un refuge.

L'interviewé 8 consomme du crack. Il a 39 ans et préfère dormir dans la rue.

L'interviewé 9 a 39 ans et dort aussi dans la rue. Il est alcoolique et a contracté une hépatite (B).

L'interviewé 10 dit faire une dépression majeure.

L'interviewée 11 a contracté le sida et est aux prises avec une hépatite (B et C). Elle a 37 ans et elle préfère dormir dans la rue.

L'interviewé 12 a un problème d'alcoolisme et de consommation de cocaïne. Il a 35 ans et il a contracté le sida et l'hépatite (C). Il dort aussi dehors dans les espaces réservés aux guichets automatiques.

L'interviewé 13 a 26 ans et il se dit schizophrène paranoïaque. Il dit consommer de la marijuana et dormir dans un refuge.

L'interviewé 14 a 35 ans et séjourne dans un centre d'hébergement spécialisé pour les personnes qui ont le VIH. Il est donc séropositif et a contracté une hépatite (C).

L'interviewé 15 a 43 ans et dort aussi dans un centre d'hébergement spécialisé VIH. Il a un problème d'alcool et de consommation de cocaïne, qu'il prend par injection.

L'interviewé 16 dort aussi dans un centre d'hébergement spécialisé VIH. Il a aussi contracté une hépatite (C).

L'interviewée 17 a un problème de consommation de cocaïne et préfère dormir dans un refuge lorsqu'elle n'a pas d'argent pour aller dans un hôtel. Elle a 42 ans.

L'interviewé 18 est alcoolique, il a 52 ans et il dort en refuge.

L'interviewé 19 se dit alcoolique et toxicomane, mais ne s'injecte plus de drogues. Il a 24 ans, a contracté le sida et une hépatite (C). Il a un enfant qu'il ne voit jamais.

L'interviewé 20 consomme de la cocaïne et de la marijuana. Il a 25 ans et est aux prises avec une hépatite (C).

L'interviewé 21 est diabétique et fait des pancréatites. Ces nombreux problèmes de santé ont causé les situations d'itinérance qu'il a vécues. Il habite en chambre.

Les 21 personnes interviewées sont aux prises avec des problèmes de santé physique graves, des problèmes de toxicomanie ou des problèmes de santé mentale. En fait, la majorité des personnes interviewées cumulent les problèmes, par exemple, la toxicomanie en plus de la séropositivité, qui se combinent aux conditions de vie dans la rue et qui les rendent encore plus vulnérables.

2.2.3 Les entretiens

Notre corpus est composé de 21 entretiens. Comme nous l'avons précisé dans la section précédente, les entretiens n'ont pas été pensés pour ce mémoire, mais utilisés pour la richesse de leur contenu. Nous avons travaillé de façon inductive, explorant d'abord quelques entretiens pour ensuite construire une première grille de codification en fonction de ce qui apparaissait pertinent pour notre thématique.

Il est très important de noter qu'à travers le choix des entretiens nous n'avons pas recherché le cas unique ni la représentativité, mais bien la diversité des cas.

Premièrement, à travers la diversité des figures d'itinérance, nous tenterons d'illustrer qu'il n'y a pas qu'une seule façon d'utiliser les services. Surtout, nous tenterons de mettre en lien les trajectoires d'itinérance et l'utilisation des services. Nous chercherons à savoir si, malgré les situations objectivement différentes, il y a des façons similaires d'utiliser ces services.

Ces entretiens sont de type semi-structuré et donne donc la parole aux acteurs utilisateurs tout en permettant d'orienter les questions afin que des dimensions précises soient abordées. En ce sens, Céfai (2003) indique que très souvent le chercheur est confronté à la compréhension que les enquêtés ont du système et de leur système de référence. Il précise l'importance de laisser une place aux acteurs, « aux enquêtés qui ont leur mots à dire » (2003 :536). D'un point de vue sociologique, tout phénomène social est construit. Afin de mieux comprendre, il faut prendre une distance et un choix qui consiste à laisser une place à l'acteur principal, c'est ce qui a été fait. Lenoir parle également de la façon dont un problème social est construit : « le chercheur se trouve nécessairement confronté à des définitions institutionnelles de son objet, c'est-à-dire aux problèmes que posent à ces institutions les populations [...] qu'elles gèrent » (1989 : 69). En explorant les façons dont les personnes itinérantes se qualifient, et qualifient leur situation et leur utilisation des services, nous pourrions mieux saisir la diversité de leurs situations. En fait, l'utilisation des services par les personnes itinérantes semble poser des problèmes. En remettant ces actions dans leur contexte, en privilégiant un certain angle d'analyse, nous pourrions peut-être mieux comprendre le phénomène.

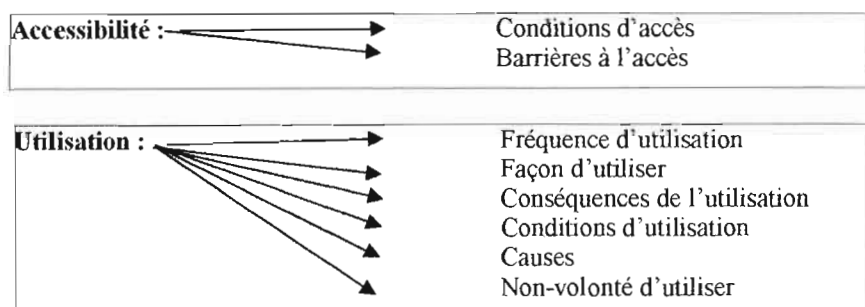
L'analyse des entretiens de type semi-structuré a exploré les représentations des personnes itinérantes à partir de deux grands axes. Le premier se rapportait à leurs conditions d'existence ; le second couvrait les représentations de la maladie en général et du VIH/SIDA en particulier et incluait les thématiques qui y sont rattachées telles que la conception du risque, de la prévention, des soins, de la santé, les

habitudes de vie, les habitudes de consommation de médicaments, d'alcool, de drogues.

2.2.4 Les variables retenues

Afin de faire ressortir nos objectifs et répondre à nos questions de recherche, nous avons construit une grille d'analyse et de catégorisation des données autour de trois thématiques : 1) l'accès aux services; 2) les représentations des services et de l'itinérance; et 3) les caractéristiques personnelles. Chacune de ces thématiques a été déclinée en variables et ces variables ont par la suite été subdivisées en dimensions. Notre première thématique concerne l'accès aux services et elle comporte deux variables : l'accessibilité et l'utilisation.

L'accès aux services

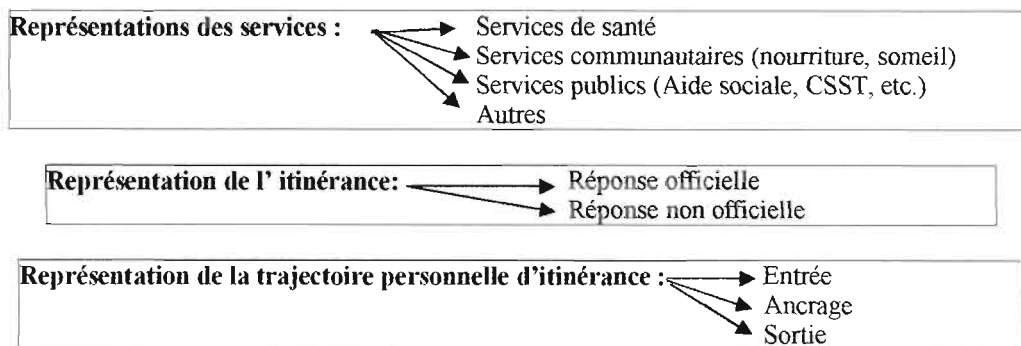


En construisant séparément les variables *utilisation* et *accessibilité*, nous pourrions voir si les conditions d'existence peuvent influencer la façon dont se déroulera l'utilisation; ce que nous permettra les modèles de Lombrail et Andersen. La variable *accessibilité* fait davantage référence aux règles et politiques dans le secteur institutionnel et avec la dimension *conditions d'accès*, nous verrons si les conditions de vie affectent l'utilisation. La variable *accessibilité*, avec ces différentes dimensions, fait autant appel à des règlements instaurés par le service qu'à des stratégies que pourraient utiliser les personnes dans une volonté d'obtenir un service.

La variable *utilisation* fait référence à plusieurs aspects. Nous tenterons de repérer les différents modèles d'utilisation des services et les façons de les utiliser en fonction de la situation de domiciliation dans laquelle ces personnes se trouvent. Avec les dimensions *fréquence d'utilisation*, *causes* et *façon d'utiliser* nous illustrerons les différentes utilisations des services et chercherons à savoir si cette utilisation faite par les personnes itinérantes correspond à celle que certains auteurs ont qualifiée d'utilisation inadéquate. Avec la dimension *conséquences de l'utilisation* nous chercherons à voir si le fait d'utiliser les services a eu des impacts sur la vie de ces personnes. À travers la dimension *conditions d'utilisation*, nous voulons voir si des conditions informelles sont présentes lorsqu'il y a recours ou utilisation d'un service. Par exemple, certains services de santé ne serviront que les personnes n'ayant pas consommé, la sobriété serait alors une condition d'utilisation. Avec la dernière dimension de *non-volonté d'utiliser*, nous voulons voir si ces personnes refusent les services tels qu'ils leur sont présentés, dans quelles conditions et pourquoi elles refusent d'y avoir recours.

La deuxième thématique concerne les *représentations des services et de l'itinérance* et comprend trois variables : la représentation des services, la représentation de la problématique de l'itinérance et la représentation des trajectoires personnelles d'itinérance.

Représentations des services et de l'itinérance



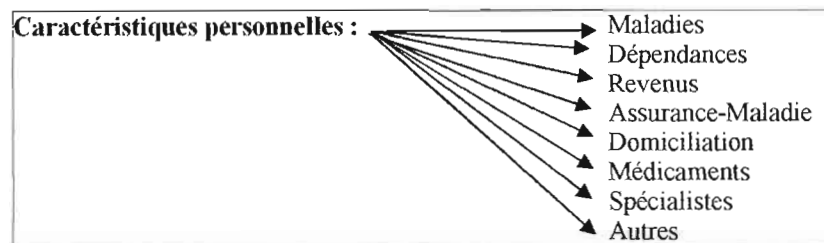
La première variable, *représentations des services*, regroupe les opinions, commentaires et représentations que se font les personnes itinérantes de leurs relations aux services communautaires et institutionnels. Surtout, c'est grâce à cette catégorie que nous pourrions avoir une meilleure compréhension de l'utilisation des services à travers l'expérience quotidienne de leur vie itinérante.

La seconde variable, *représentations de l'itinérance*, fait référence aux perceptions qu'ont les personnes itinérantes du phénomène de l'*itinérance*. À partir de ces perceptions nous pourrions analyser les différents types d'utilisation de services en lien avec la situation de domiciliation. Dans les entretiens, une question est directement posée sur leur définition de l'itinérance. Malgré cette question, des allusions pourraient être faites à la vie en situation d'itinérance dans plusieurs des thématiques abordées.

La dernière variable, *trajectoire d'itinérance*, fait davantage référence à l'expérience personnelle de la rue de ces mêmes personnes. Nous voulons faire ressortir des éléments relatifs aux circonstances d'arrivée à l'itinérance, de l'ancrage et de la sortie de l'itinérance. La trajectoire itinérante nous semble inscrite dans un mode de vie (même si ce mode de vie n'est pas toujours choisi par la personne qui le vit). Et, ce sont les éléments de ce mode de vie que nous voulons faire ressortir dans cette catégorie.

Finalement, une dernière thématique touchera les *caractéristiques personnelles* de personnes itinérantes.

Caractéristiques des individus



La dernière variable, *caractéristiques personnelles*, complétera les deux premières: *l'accès aux services* et *les représentations des services et de l'itinérance*. Elle fournira des informations qui échappent aux autres catégories : la présence d'un revenu officiel (aide sociale, travail salarié, etc.), des maladies spécifiques qui modifieraient les modèles d'utilisation, le fait ou non d'avoir une carte d'assurance-maladie qui garantit la gratuité des services et la possibilité d'y avoir un accès immédiat, etc. Ces informations nous permettront de mieux contextualiser la question de l'accès aux services.

2.2.5 Codification

Pour la codification des entretiens, nous avons utilisé le logiciel *NVivo*, un outil d'analyse de contenu des entretiens. Ce logiciel a permis d'effectuer rapidement des explorations systématiques de l'ensemble du matériau, par exemple, lorsque de nouvelles thématiques sont repérées. En débutant avec une exploration inductive, nous avons d'abord exploré le contenu de quatre entretiens. Comme l'indique Fielding et Lee : « using a text retriever one can quickly identify themes, topics and terms within a large body of text, as well as information about their location, clustering, co-occurrence or non-overlap » (1998: 7). N'ayant pas fait les entretiens, nous ne savions pas de façon claire comment nous pourrions les utiliser et si la richesse qu'ils comportaient était en lien avec notre problématique. Cette exploration s'est avérée très fructueuse.

Le logiciel *NVivo* permet de faire plusieurs types de codifications. Ainsi, notre codification a été faite autant selon des thématiques que selon des dimensions. Ce type de codification nous permettait de travailler en arbre. Par exemple, notre corpus constitue le tronc. Ensuite, chacune des thématiques constituent des branches et enfin, ces branches contiennent des feuilles. Donc à partir du tronc, nous pouvons codifier en nous arrêtant aux thématiques des branches. Nous pouvons également pousser l'analyse plus loin et codifier en fonction des branches et ensuite des feuilles. C'est de cette façon que la codification peut se faire plus largement selon les thématiques ou, plus précisément, selon les dimensions.

Nous avons cherché à faire ressortir la diversité des cas de certaines variables-clés, en particulier, en ce qui a trait aux situations de domiciliation et les différences en ce qui a trait à l'utilisation des services. Malgré la diversité des cas étudiés, nous avons constaté une saturation des données. Les variables retenues se déclinaient sous en de plusieurs catégories que l'on pouvait regrouper. Par exemple, malgré la diversité des histoires personnelles, la moitié des personnes de notre échantillon séjournait dans un refuge, alors que l'autre moitié dormait autant dans la rue qu'en appartement supervisé. Ces données, quant à la domiciliation, étaient donc suffisamment diversifiées au regard de l'hébergement pour illustrer une grande diversité de «patterns».

2.2.6 Limites des données secondaires

Travailler avec des entretiens faits dans le cadre d'une autre recherche s'est avéré être un défi de taille. D'abord, nous n'avons pas assisté aux entretiens et nous ne les avons pas écoutés n'ont plus. Nous avons travaillé avec la copie électronique et papier de la transcription des entretiens. Nous n'avons donc pas pu cerner les tons de voix et les émotions qui parfois nous aident à décoder certaines explications. Cela a cependant permis une certaine distance nécessaire à toute recherche. Nous avons ainsi

choisi de travailler à partir de thématiques et même si parfois les questions s'approchaient des thématiques de notre recherche, elles n'étaient évidemment pas toujours orientées selon nos objectifs spécifiques. De plus, un fait est à noter: la majorité des thématiques de notre mémoire n'a pas fait l'objet de questions directes venant de l'intervieweur, mais elles ont été initiées par l'interviewé. Cela a permis de constater la pertinence de notre problématique, car même lorsque l'on n'interroge pas les personnes directement sur les problèmes présents dans l'organisation des services, elles en parlent spontanément. Cela dit, le thème des barrières à l'accès, bien qu'ayant peu ou pas fait l'objet de questions directes de la part de l'intervieweur, ressort à travers le récit, par les personnes interviewées, de leurs problèmes de santé et de conditions de vie.

Les 21 entretiens ont été codifiés. Nous avons cependant rencontré des difficultés techniques qui ont fait en sorte que seulement une partie de la codification de l'entretien 12 a été effectuée. De plus, nous n'avons pas les données démographiques de l'entrevue numéro 10, celles-ci n'ayant pas été compilées par l'intervieweur.

Finalement, pour les fins de ce mémoire, nous avons choisi de garder confidentiel le nom des ressources mentionnées par les interviewés. Nous ne voulions pas identifier les ressources et ainsi introduire des éléments d'évaluation et de comparaison entre ces services. Les noms ont été enlevés et les ressources ne seront pas identifiées non plus au moyen d'une lettre, car on pourrait tout de même les identifier. Le réseau est petit et à travers certains signes, elles pourraient être repérées. L'objectif est de mettre l'accent sur les discours des personnes et non sur les ressources.

2.3 RETOMBÉES ANTICIPÉES DE LA RECHERCHE

Cette recherche concerne une population numériquement limitée, très marginalisée qui se trouve principalement dans le Centre-Ville de Montréal. Cela dit, les récits analysés permettront de repérer une diversité de modèles d'utilisation qui pourront éclairer des dimensions méconnues de la question de l'accessibilité. Cette « nouvelle » connaissance alimentera la réflexion actuellement en cours sur l'organisation des services destinés aux populations itinérantes en vue de proposer des réponses adéquates à leurs besoins. Cela pourra alimenter, entre autres, des argumentaires quant à la pertinence d'avoir des services hospitaliers spécifiques pour les personnes itinérantes. Voulons-nous, comme dans le secteur communautaire, avoir, dans les hôpitaux, des services dédiés exclusivement aux personnes itinérantes et d'autres services dédiés aux personnes domiciliées?

Le contexte canadien et, plus spécifiquement, le contexte québécois de l'organisation des services ne sont guère étudiés dans la littérature scientifique. Nous croyons que les aspects sociaux et organisationnels des services institutionnels et communautaires sont des aspects fondamentaux pour saisir le fonctionnement de ces institutions et organismes. En investissant théoriquement ce champ et ayant en tête les besoins spécifiques de la population itinérante dans le contexte du Québec, nous espérons mettre en évidence des aspects organisationnels qui ne l'avaient pas suffisamment été auparavant.

Au niveau théorique, nous aurons recours aux concepts d'accessibilité et d'utilisation des services (particulièrement avec le modèle d'Andersen), ainsi que le concept de pouvoir disciplinaire chez Foucault. Le modèle théorique d'Andersen a largement été utilisé aux États-Unis pour comprendre les différents types d'utilisation des services dans le secteur de la santé, mais ce modèle n'a pas été utilisé dans le contexte québécois, pas plus qu'il ne l'a été dans un contexte où les organismes

communautaires sont importants. Nous voulons donc montrer que ce modèle peut être pertinent pour comprendre la situation québécoise et le mode spécifique de l'aide aux personnes itinérantes dispensée dans les organismes communautaires. À une plus petite échelle, nous voulons explorer le concept de pouvoir disciplinaire de Foucault et tenter de l'appliquer au champ conceptuel de l'itinérance dans un contexte d'accès aux services. Nous utiliserons ces concepts dans un champ qui relève plus souvent de l'intervention sociale ou de la sociologie appliquée. Comme nous l'avons déjà dit, ce mémoire veut surtout documenter la question de l'utilisation des services par les personnes itinérantes dans le contexte québécois, et analyser la perception qu'ont les personnes itinérantes de leur propre situation. Nous pensons que les réflexions que nous formulons pourront avoir un écho dans d'autres contextes que celui du Centre-Ville de Montréal, lieu de notre recherche.

CHAPITRE III

LA VIE ITINÉRANTE

Dans le présent chapitre, nous présenterons, une première partie de l'analyse des entretiens afin de saisir qui sont les personnes rencontrées. Comme l'indique Deslauriers, « le codage initial est plutôt descriptif, élaboré dans le but de classer les données et de procéder à une première mise en forme » (1991 : 70). Pour les fins de ce mémoire, nous avons choisi de ne pas présenter les résultats de façon descriptive, mais plutôt de faire une présentation avec un premier niveau d'analyse. En présentant qui sont les personnes interviewées à travers les discours sur la trajectoire dans l'itinérance, nous pourrions saisir les raisons qui motivent l'utilisation des services, ainsi que les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur quotidien (chapitre IV).

3.1 LES TRAJECTOIRES DANS L'ITINÉRANCE ET LES RAISONS D'UTILISATION DES SERVICES

Les trajectoires de vie des personnes itinérantes rendent bien compte des conditions difficiles de la vie dans la rue. Les discours des personnes interviewées sur leur propre situation d'itinérance, sont éloquentes. Si très peu de personnes itinérantes habitent complètement et seulement la rue, beaucoup dorment dans la rue, cela entrecoupé de retours en appartement, en refuge, en chambre, etc. La trajectoire comprend souvent des cycles qui se répètent, des va-et-vient entre un endroit à soi et la rue ou les refuges. La question de la domiciliation devient donc centrale dans la compréhension de la problématique de l'itinérance, car l'itinérance, en tant que phénomène contemporain, se définit principalement dans son rapport au domicile. En plus d'être déterminants, la domiciliation et le quotidien de la vie dans la rue deviennent des facteurs qui influencent la façon d'utiliser les services.

Ceux qui vivent dans les refuges depuis plusieurs mois, voire depuis plusieurs années, alternent souvent entre un refuge, la rue, une chambre au Centre-ville, un logement seul, en colocation ou supervisé. L'interviewé 10 dit :

Ben moi je suis dans la rue depuis le 1^{er} novembre là, ben avant que je reste à Longueuil dans ma chambre, j'habitais dans une maison. Ça faisait un mois, mais avant ça, j'ai été quatre jours dans la rue. Ben j'ai couché en refuge, pis après ça je me suis trouvé une chambre, je suis allé habiter là tout de suite, pis ben c'est ça. Mais là-bas, [...] j'avais des petits problèmes avec les voisins là, t'sais comme: manque de respect, [...]. Finalement, j'ai décidé de partir ailleurs, pis là, j'étais revenu, [mais j'avais] perdu ma chambre. Je le regrette un peu là, parce que [je n']avais plus d'argent pour retourner là. Là, hier, j'ai appelé mon propriétaire. Il dit ben là: je l'ai loué ta chambre, [...] jusqu'à la fin du mois. Je suis dans la rue, pis je suis pas habitué à ça. Ça fait comme trois fois que je suis dans la rue, pis je trouve ça ben dur, mais c'est toutes des petites périodes là t'sais. Parce que la première fois que c'est arrivé, je le sais pas combien de temps j'ai resté [dans la rue], [...] j'ai resté longtemps.

L'interviewé 13 a également connu des périodes d'itinérance où il dormait à la rue, dans les refuges et dans divers appartements. Cette personne explique qu'elle a passé plusieurs mois durant l'été à dormir à la rue. Mais durant l'hiver elle préfère les refuges.

Je me suis fait inonder. Cette année j'ai pris deux appartements. Il y en a un qui a brûlé, pis l'autre qui s'est fait inonder. Mais là j'ose même pas en prendre un avant le mois de janvier, des fois qu'il y a une tornade dans mon salon. Je suis pas chanceux avec ces affaires là, moi.

Lorsqu'on lui demande s'il pense que son expérience dans la rue augmentera ses difficultés à trouver un logement, l'interviewé 15 répond : « non, mais [...], ça va être plutôt une *chambre* ».

Certaines des personnes interviewées ont mentionné dormir parfois dans des hôtels lorsque les revenus de la journée le permettent. L'interviewée 17, en plus de

dormir régulièrement dans les ressources communautaires, utilise parfois son argent pour se payer une bonne nuit dans un hôtel. Elle explique :

Comme hier, [...] j'ai eu ma T.P.S. Ben, on a pris cet argent-là pis on s'est trouvé un hôtel, pis on s'est couché à huit heures. Moi je m'ai réveillé à dix heures. Ça, ça m'a fait du bien. T'sais comme là [...], je suis allée manger une soupe, mais quand j'ai vu mon ancien chum arriver je suis partie, partie vite fait. Mais je suis reposée comparé à voilà deux jours là. Ça a été mon jour, pis on s'est payé du vin (inaudible), je sais pas, un petit luxe là. On a pris une bière, on avait assez d'argent pour ça. On a trouvé un hôtel pas cher, aïe vraiment pas cher, 40 piastres pour une nuit. Pis c'est propre, il y a pas de « in and out » là, de filles de rue ou de piquerie. Super tranquille pis c'est très propre. La salle de bain est en dehors pour 40 piastres, mais c'est propre « au boutte » pis les couvertures pis toute. Pis là, ben, on cherche à se ramasser un petit peu d'argent peut-être pour aller vivre là une semaine en attendant, là, t'sais. Parce que la semaine de paye qu'il va avoir, là, elle sera pas assez pour qu'on peuvent trouver un appartement. Ça fait qu'on peut prendre une partie pour donner un dépôt, t'sais garder l'argent pour un dépôt, pis l'autre semaine, après, ben là on peut prendre cet argent-là pis aller se louer la chambre qu'on voudrait avoir. Mais en attendant, on aimerait ça encore être une semaine ensemble, ça fait qu'on a demandé le prix hier, ça se peut qu'on reste là une semaine.

De façon différente, une des personnes interviewées est allée à la campagne (l'interviewé 18). Il s'est nourri de conserves et d'alcool pour se trouver un chez soi. Cet homme explique :

[...] j'ai été pendant un été de temps au complet, là, à coucher dans le bois pis à coucher sur le bord des rivières pis à me laver dans les lacs, pis à me laver tout partout. J'avais même monté à St-Jovite. Un premier de mois je m'étais acheté une tente, pis j'ai resté deux mois enfermé dans le bois. Je sortais plus, j'allais juste au dépanneur pour chercher ma bière, j'achetais du cannage pis je couchais là dans le bois. [...] C'est là que ça m'a amené, ça fait que c'est officiel [...] que ma santé mentale a été affectée, parce que je pense pas d'être venu au monde, je veux dire mentalement malade.

Ces différents propos illustrent bien l'alternance entre la vie à la rue et la domiciliation et les difficultés que cela représente. La persistance de la vie dans

l'itinérance est souvent un indicateur d'instabilité qui aura un impact sur l'organisation du quotidien. Ces trajectoires où un individu passe quelques temps en refuge, quelques temps en chambre indiquent souvent une instabilité financière: s'il retourne à la rue, c'est parfois (mais pas toujours) parce qu'il ne peut assumer les frais de l'endroit où il loge.

Deux personnes vivaient en appartement au moment de l'entrevue. Une de manière autonome et l'autre sous la supervision de l'équipe itinérance du centre Dollard-Cormier. Pour cette dernière, la disponibilité des services est très importante. Elle explique qu'elle a toutefois de la difficulté à vivre en appartement lorsqu'elle est malade. Elle dit :

tu t'en vas à la [à un certain] refuge te reposer là, tu prends tes antibiotiques, pis tu laisses passer trois, quatre jours pis ça passe [...] mon logement et [vivre] ici [en refuge], c'est pas pareil là. J'ai mon logement astheure, j'ai hâte de retourner dedans, j'ai hâte, c'est sûr que j'ai hâte.

Toutefois, même si cette personne indique un désir de retourner chez elle, elle utilise le refuge de façon temporaire. En fait, un appartement où l'on vit seul signifie souvent la solitude. C'est aussi ce qui ressort du discours de l'interviewé 21. Pour lui, la vie en appartement est synonyme de solitude. C'est pourquoi il continue de fréquenter le jour les organismes desservant la population itinérante.

La vie dans un refuge, à Montréal, est incompatible avec la vie de couple. Deux des personnes interviewées sont en couple. Une d'entre elles refuse d'aller dans un refuge parce qu'elle veut dormir avec son conjoint et que là c'est impossible. Elle nous explique « I will not go to a shelter [...], night time is the only time I have with my husband. You take that away from me ». L'interviewée 17 a déjà expliqué que lorsqu'elle le peut, elle et son copain se louent une chambre d'hôtel, sinon ils dorment dans des refuges différents. Elle dit :

il vient me reconduire le soir. Il retourne se coucher, pis on se rejoint le lendemain matin. Ben pas le lendemain matin parce que lui va travailler. Comme là, à soir, j'y donne rendez-vous à cinq heures. Si on a de l'argent on va aller coucher à l'hôtel, si on en a pas, ben, on va coucher à la mission.

Il n'est pas toujours possible de dormir dans les ressources communautaires. Certaines personnes ne réussissent pas à s'y trouver une place pour la nuit. Elles doivent parfois, contre leur gré, dormir dans la rue ou passer la nuit dans un café. C'est le cas de l'interviewée 4 et de l'interviewée 2. La première explique que parfois, lorsqu'elle essaie de se trouver un abri à la dernière minute et qu'elle n'en trouve pas, elle doit faire preuve de ruse pour passer une nuit dans les restaurants. Elle explique :

Ça arrive, ça arrive oui. À un moment donné la personne est rejetée pour deux trois jours, elle doit aller à l'extérieur [...]. On sait la misère que ça donne que d'essayer de trouver un autre abri à la dernière seconde, à la dernière minute. Souvent les places sont toutes prises, et tu dois aller dans un restaurant, aller prendre un café toute la nuit. Il y a des restaurants qui sont ouverts 24 heures de temps, juste pour prendre un café, un beigne. Et là tu attends le lendemain pour aller te trouver un endroit, un abri pour dormir, récupérer la journée, la nuit avant que tu n'as pas dormi.

Le quotidien de la vie itinérante a un impact important sur un ensemble d'activités. Par exemple, si une personne a un rendez-vous chez son médecin ou si elle a un rendez-vous avec un agent de probation ou un travailleur social en fin d'après-midi, rendez-vous qu'elle attendait depuis longtemps, cela peut l'empêcher de se trouver un endroit pour passer la nuit, parce que le temps passé au rendez-vous empêche une personne de se chercher un endroit pour la nuit. Le cas échéant, si elle passe une nuit à la rue, dans un parc ou dans un restaurant, cela peut également l'empêcher de se rendre à ses rendez-vous parce qu'elle n'a pas d'horaire, n'a pas les vêtements qu'il faut ou n'a pas pu se laver, par exemple.

La vie itinérante conduit aussi à prendre des risques. Ces risques mènent à leur tour à des complications sur le plan de la santé qui se produisent autant en dormant à l'extérieur, qu'en consommant (drogues injectables, alcool, etc.) ou en étant en refuge. L'importance de la prise de risques diffère selon les personnes. Comme nous dit l'interviewé 1, l'itinérance :

[...] ça l'a affaire aussi avec ma consommation [...]. C'est aussi les bactéries qui se passent dans les missions. Mais aussi [...] on ne mange pas, on ne dort pas. [...] Parfois on peut passer des nuits dehors qui sont très froides, [...] on néglige de s'habiller comme du monde, on néglige plusieurs choses. Pis l'alcool elle va réchauffer assez notre sang, là, qu'on sait pas quel degré qu'il est rendu dehors. Le manque de sommeil, ben ça peut affecter notre système. [...] On dirait qu'à chaque fois que je prends une grosse brosse [je] pogne tout le temps la grippe après.

Ou comme l'indique l'interviewé 5 :

La santé c'est primordial. Je pense que c'est pour tout le monde. On oublie des fois, surtout dans l'itinérance. Nous autres on consomme, [...] des fois on se rend malade, on se rend à l'hôpital. Mais t'as pas d'adresse, ça fait que c'est [compliqué]. Ils te guérissent pareil comme si [...]. Je pense que ce serait mieux d'aller voir un médecin vétérinaire, eux autres te soigneraient mieux, t'sais [...].

Dormir dehors l'hiver représente un risque important et a des conséquences sur la santé. L'interviewé 1 nous explique : « j'ai passé tout l'hiver dehors. Ça devrait affecter ma santé aussi: côté grippe ou encore être congelé surtout ». L'interviewé 9 a, lui aussi, vécu plusieurs hivers dehors avec sa conjointe. Comme les refuges sont à majorité non mixtes, ils préfèrent la vie de couple dehors à la vie séparée à l'intérieur. Ils ont ainsi vécu un hiver complet dans une maisonnette de fortune faite de carton, de bois et de plastique arrimée à une conduite d'évacuation d'air d'un immeuble.

Pour l'interviewé 18, les difficultés apparaissent surtout au moment de dormir en raison des conditions objectives difficiles, surtout en refuge. Il nous explique :

Le plus grand risque, c'est sûr que c'est de pas dormir. Ça peut être le gel, ça peut être la malnutrition, ça peut être la fatigue mentale. [...] Si tu réunis tout ça ensemble, je veux dire, c'est ça qui cause la mort à un certain moment donné là. [...] Le plus grand risque, là, actuellement, [...] c'est que tu restes tant de jours à une place, après ça il faut que tu ailles tant de jours à l'autre, ça fait que t'as pas le choix. Mettons, comme moi là, je reste 15 jours là-bas, ça fait que les 15 jours que je vas être là, c'est sûr que j'aurai quasiment pas de linge de rechange pis que je vas mal bouffer. Pis là, le soir quand je me couche, [...] je suis le premier à côté de la porte, [...] ça veut dire que si il y en a 38 de couchés le soir là, ça veut dire que c'est officiel qu'il y en a 38 qui vont aux toilettes la nuit, peut-être deux fois. Ça fait que là moi, je suis à côté de la porte. Pis la porte, elle, va s'ouvrir peut-être 76 fois. Comment est-ce que tu veux que je m'endorme? [...] De temps en temps je pense que j'ai dormi un peu, je regarde l'heure, bon yenne ça faisait dix minutes que je me suis endormi. Ça fait que quand tu te lèves le matin, t'as les yeux tout rouge, t'as les yeux tout poqués. [...] T'es déjà fait en partant. Ça fait que ce qui te réveille, pis ce qui te tient en vie un peu, ben c'est dehors quand il fait frette parce que t'es sûr que tu dormiras pas [...]. Pis quand t'arrives à quelque part, aussitôt tu viens pour t'assir, pis kalik tu veux dormir, hostie, t'es fatigué. Ça fait que l'accumulation de ça, à un moment donné, un gars il se ramasse à l'hôpital ou ben non, en tout cas je sais pas où il se ramasse mais il tombe à terre, c'est certain ça.

Les propos de l'interviewé 13 vont dans le même sens que les trois précédents. Lui aussi explique les difficultés concernant la santé qu'il rencontre dans son quotidien :

Je peux pogner des poux, je peux pogner la gale, je peux pogner des puces, je peux pogner n'importe quelle maladie par le sang, le sida, l'hépatite, ces affaires-là. Je peux pogner ça à tous les jours, n'importe quelle journée. On a ben beau prendre une paire de gants, mais c'est bon rien ces gants-là. Le moins que t'as une coupure ou, peu importe, c'est fini. J'ai un de mes amis, un très bon ami, il a l'hépatite C [...]. En plus, il s'est mis à boire pour guérir sa maladie pis il a fait une cirrhose du foie. T'sais c'est pas mieux non plus, c'est ça que je veux dire. Ça fait que si je me tiens loin des gens qui ont ces maladies-là, mais ça veut pas dire que j'en aurai pas, mais ça veut dire que je verrai plus personne non plus. Il y en a, surtout si tu regardes [à un certain] refuge, on a une moyenne de 300 personnes qui rentrent. Sur 300, on a fait un calcul vite vite, il y en a 100 qui sont là pour maladies mentales. Il y en a à peu près une autre centaine qui sont là parce qu'ils veulent juste rien faire, il faut que je me batte avec le monde pour qu'ils aillent prendre leur douche.

Pour les personnes toxicomanes la prise de risque est très grande dans les périodes de consommation. En effet, lorsque certaines personnes sont en manque, il leur importe peu d'avoir des comportements sécuritaires. Le besoin de drogues devient tellement grand que la prise de risque devient mineure. L'interviewé 8 explique cela :

Quand je suis sur la drogue ou je vas en acheter de la drogue, [...] ça n'a plus d'importance, le risque il n'a plus d'importance t'sais. L'important, c'est de l'avoir la drogue dans ton corps pis ton cerveau. T'sais [si] c'est ça la santé, oublie ça. T'sais après tu le regrettes, là t'sais.

Même sans adopter des comportements à risque, la consommation constitue en soi une prise de risques. L'interviewé 1, qui a l'hépatite B, prenait de l'héroïne par voie injectable; il a ainsi fait deux overdoses. Il explique qu'en plus de l'héroïne : « je me suis déjà ramassé à l'hôpital souvent à cause de l'alcool ». L'interviewé 8 explique les risques qu'il a pris en consommant :

J'ai partagé une seringue avec un gars dans ma chambre. Pis il y avait une prostituée, une prostituée, pis j'ai pas utilisé le condom, je sais pas si c'est la seringue ou faire l'amour pas de condom là, mais j'ai venu comme la gorge enflée, là, plus capable de respirer. Chaque fois que je dormais, j'étais plus capable de respirer. Ça fait que je me réveillais, mes yeux [sont devenus] jaunes, une grosse fièvre qui donnait des douleurs comme un couteau qui rentrait dans le cerveau, là, chaque deux, trois minutes là (rire). Pis là j'ai dit oui je vas à l'hôpital, je peux plus rien faire. Pis ils m'ont retourné chez-nous [...] avec des Tylénols (rire). Là j'ai dit, oui, ça marche pas ça. Le lendemain j'ai retourné à l'hôpital, là j'étais plus capable. [...] La garde-malade a pris mon [pouls], pis après ça elle a dit calvaire, il est mieux d'aller à l'urgence tout de suite, lui là. J'étais en train de mourir là. J'aurais pu mourir, c'est ça qu'ils m'ont dit après, t'sais. Pis ils m'ont donné des antibiotiques, en grosses doses.

L'interviewé 5 explique en quoi la vie dans la rue incite à avoir des comportements à risque :

Malnutrition, mal, beaucoup de consommation, oubli de soi, consommer souvent. On couche dehors au froid, on pense qu'on est correct mais, j'ai

passé des hivers dehors, 30 en bas de zéro, j'étais pas habillé ben ben. Tu cherches un abri, il y a pas d'abri pis, ça fait que là tu te promènes d'un bord et de l'autre, tu fais la Ste-Catherine, tu fais St-Laurent, tu fais, un peu partout t'sais pour te cacher pis, bon.

L'interviewé 14 explique aussi ce que la conjonction itinérance et drogue provoquait :

[...] je me mettais nu-pieds pis je me lavais dans les fontaines qu'il y a dans les parcs. Pis quand je dormais j'enlevais les souliers pour faire respirer mes pieds, parce que je le savais qu'un coup que je m'en mettais un dans le bras là [shoot] j'étais parti pour quelques jours. [...] Ça me prenait trois, quatre jours, pis la quatrième journée parce que mes pieds suivaient plus, le corps suit plus. Là je tombais où est-ce que j'étais rendu, pis je dormais là. Tu peux pas dormir ici, sacre ton camp, [disait] le propriétaire de la maison. J'étais couché sur son balcon [et] j'étais couché dans une chaise longue dans une cour en arrière, dans les guichets automatiques, t'sais c'était comme ça, je peux plus aller plus loin, ça avance plus, j'étais plus capable, ça fait que je tombais où est-ce que je tombais.

Aux prises de risques s'ajoutent de petites négligences qui rendent le quotidien très ardu. En effet, comme l'explique l'interviewé 5, les personnes itinérantes s'oublient :

Ben s'oublier soi-même c'est, [...] ben qu'on oublie de prendre nos rendez-vous, pis si on a un rendez-vous à telle heure, on l'oublie, on va remettre ça à demain, demain, après-demain (inaudible). [...] Sur le linge on s'oublie, on oublie ben des choses. Des fois on sait qu'on peut aller [...] au magasin Dollorama, un magasin à une piastre, au lieu d'aller à la pharmacie, se chercher des affaires t'sais. Tu peux aller chercher une brosse à dents, tu peux aller te chercher désodorisant, tu peux aller te chercher des rasoirs. Moi les derniers jours, j'avais acheté, je commençais à avoir la barbe forte là, la barbe longue, je me regardais dans le miroir, t'sais je recommence à vivre le même trip qu'avant, t'sais. L'hygiène pis toute c'est, oui sur le côté hygiène j'aime ben ça, même si je porte le même linge, j'aime ben avoir des dessous, des sous-vêtements propres, c'est ça là.

Pour certaines autres personnes, les négligences concernent l'alimentation, car malgré les nombreuses soupes populaires, elles choisissent de manger la nourriture qu'elles trouvent dans les poubelles. Pour l'interviewé 12 la quête de nourriture est parfois difficile, mais rien ne l'empêche d'explorer les « containers » des restaurants. Il explique comment il en est venu à privilégier un endroit :

À quoi ça me servirait d'aller payer en avant, quand je peux l'avoir en arrière gratuit. Okay, c'est sûr il faut que t'enlèves le..., mais t'sais tu manges pas qu'est-ce qu'il y a dans le fond là. Astheure 'ai un endroit, St-Laurent pis Sherbrooke. Un petit garçon, à tous les matins... avant il mettait tout ça pêle-mêle dans un sac à vidange, pis il mettait ça dans le container. Après ça j'ai dit, eille, tu peux les mettre à côté t'sais. Quand j'ouvre le container, ouf, admettons que l'appétit me coupe à moitié là t'sais. C'est ben beau dans le sac lui-même, c'est frais là, mais t'sais c'est pas ragoutant. Pis là, il les mettait de côté. Mais astheure il m'attend, dans une boîte, parce qu'avant il les mettait tout [ensemble], j'ai dit, eille, je suis pas un cochon là, tu peux pas mettre ça dans un autre petit sac à part, t'sais, pis pas de chocolat, je suis allergique.

Ces passages illustrent bien certaines conditions de santé précaires. Dans la même foulée, les personnes itinérantes sont connues pour marcher de très longues distances et celles-ci finissent par affecter, elles aussi, la santé de ces personnes. L'interviewé 13 explique qu'il fait « du pied de tranchée » : « il y avait ça pendant la guerre du Vietnam. Les personnes marchent trop pis leurs pieds sont tout le temps mouillés. C'est comme quand qu'on est trop longtemps dans le bain, sauf que moi c'est ça d'épais [fait un geste]. Pis quand ça sèche, ça fend de tous les bords, tous les côtés pis c'est une affaire de trois, quatre mois de convalescence ». L'interviewée 2 explique aussi ce qui se passe avec ses pieds :

Des fois c'est le dos et les pieds [avec lesquels] tu as beaucoup, beaucoup de difficultés. Il y a des gens qui ont beaucoup de maux de dos et si on est obligé d'aller très loin pour différentes raisons, [...] que ce soit pour renouveler notre carte d'assurance-maladie ou des cartes d'identité ou quelque chose du genre, ça reste quand même que c'est difficile, ça reste que si c'est trop loin c'est très difficile avec les chariots. On reste toujours dans le périmètre du quartier de l'endroit où on [a un] abri alors c'est très, très difficile d'accès pour aller ailleurs. Des fois le budget ne nous permet pas de prendre l'autobus comme

tel à tous les jours et de se rendre très loin. Et d'autres fois le budget le permet. Alors il y en a qui peuvent, s'ils n'ont pas trop de bagages se déplacer à travers la ville, d'autres [...] très peu, on n'est pas tous concentrés dans le même coin.

L'interviewé 1 explique aussi ses journées de marche :

[...] Pis avec le marchage que je fais dans une journée là [...]. On marche d'ici à Peel, à Atwater, on a rien, pis là on descend en bas dans le Vieux-Montréal, on retourne à Peel, pis après ça on s'en va jusqu'à Guy. Ça veut dire une couple de milles là-dedans là pis c'est pas cinq milles [...].

Il en va de même pour l'interviewé 10 qui se dit très fatigué de sa condition d'itinérance et par l'absence de sommeil. Lui aussi explique qu'il marche énormément : « Je suis fatigué parce que depuis trois ans j'ai marché, marché, marché j'arrête pas, tout le temps actif pis là j'ai mal aux pieds, pis je vas au CLSC pour ça ». Pour un des interviewés, la seule façon d'oublier le mal de pieds qu'il avait était de consommer. Les pieds de l'interviewé 14 étaient en très mauvais état et cette période rendait le quotidien très difficile. Il explique :

Je sentais pas parce que la coke, c'est un analgésique. Tu sens pas le mal, [...] ça fait que même si y'a les pieds au sang, ce qui m'arrivait très fréquemment à cause du mauvais état d'hygiène pis des souliers, etc. mais je sentais plus mes pieds, ça me permettait quand même de pouvoir marcher pis être capable d'aller bummer pour payer ma prochaine dose t'sais. Mais quand je tombais là, plus rien dans le corps, dans le système, mais là je sentais la souffrance physique parce que ça maganne.

En plus de la marche, les personnes itinérantes transportent parfois toutes leurs possessions avec elles. Que ce soit sous forme de sacs de plastique, de sac à dos ou de panier, certaines transportent sur leur dos tous leurs avoirs. Le poids des objets combinés à de longues marches les fatiguent énormément. L'interviewé 18 explique qu'il ne transporte plus de sac avec lui. Il dit : « je trouve que c'est du poids là, autrement dit, transporter un sac là comme les gars font là, c'est une perte d'énergie

parce que la plupart des sacs pèse à peu près entre 30 et 50 livres ». Il ne traîne donc, ni fruit, ni légume, ni vêtement avec lui. Les chariots sont aussi très encombrants et très dérangeants; un chariot rempli d'objets hétéroclites est souvent le fait d'une personne sans domicile fixe. L'interviewée 2 explique ce qu'elle ressent lorsqu'elle s'arrête dans un café avec son chariot :

C'est que les chariots sont remarqués par les gardiens de sécurité et, à ce moment là, ils viennent nous voir. Il n'y a même pas de raison. Tu prends un café tout doucement et très bien et tu regardes passer et surtout c'est le café que tu prends tranquille. Mais tu as ton chariot, et parce que tu as un chariot, ils te regardent, ils t'arrêtent puis ils te regardent et disent: qu'est-ce que vous faites là? Je prends un café, je suis allée acheter un café. Alors c'est difficile.

Ces sacs et chariots contiennent parfois peu de choses de valeurs mais représentent beaucoup pour leur propriétaire. L'interviewée 17 nous dit que : « un sac comme ça, ça c'est un petit peu ma vie là qui est là dedans ». L'interviewé 12 explique aussi : « Ils pensent qu'on a plein d'affaires dans notre sac, ça fait qu'ils volent nos sacs. Mais finalement, ben, il y a trois quatre bouts de papier, pis des médicaments, pis des bas tout sales ». Pour l'interviewé 6, porter son sac à dos constitue plutôt une corvée. Il explique : « C'est sûr que ça fait pas mon affaire de traîner cet hostie de packsac là, parce que t'sais, il vient jouer sur mon mal de dos ». En plus des longues marches, l'interviewé 13 a un sac qui pèse une centaine de livres, il explique pourquoi son sac est si pesant :

Je marche énormément pis je transpire beaucoup des pieds en partant. Pis mon sac à dos, pas celui-là [fait un geste], mais mon sac que j'ai généralement pèse entre 125 et 150 livres. Ben j'ai ma tente là-dessus, j'ai mes sleepings, j'ai dormi dehors tout l'été, depuis le mois de mars que je dors dehors.

Pour certaines autres personnes, c'est tout le contraire. Elles refusent de transporter avec elles des sacs. L'interviewé 7 explique : « Non, moi je traîne absolument rien. C'est les missions qui ont tout ce qu'il faut pour se laver, etc. Pis ils ont l'eau courante aussi. J'ai pas besoin de traîner ma douche là, j'ai pas besoin.

J'aime pas, j'aime pas traîner des choses ». L'interviewé 8 nous dit aussi qu'il ne ressent pas le besoin de transporter différents d'objets avec lui : « [...] même dans mes poches là si j'ai trop de papiers là, si j'a trop de papiers là je vais les enlever de là. J'essaye de garder ça au niveau de, juste ton corps t'sais, pis le linge que t'as sur le dos ».

La trajectoire dans la rue en est une de survie, de combats, mais aussi de stress constant. Les personnes itinérantes vivent un stress car elles sont constamment surveillées par la police, nous explique l'interviewée 11 :

But put yourself in our shoes, live on the streets, see what it's like. And don't tell me, you too wouldn't want, once in a while, because it's, stress you worry about the cops, are you in the right place, is security coming to bust you for bumming here, bumming there. Where are you gonna sleep tonight, where you gonna eat? What, you know. It's a constant, your mind is so over loaded.

Pour une autre personne qui dormait dans les lieux consacrés aux guichets automatiques le stress provenait surtout des gardiens chargés des appareils : « [...] à moins 35, l'humidité dans les guichets automatiques là [est importante]. À quatre heures ils viennent te réveiller avec les pompeux [fusils], okay, on s'en vient mettre l'argent, vous sortez. Tu sors, ils mettent l'argent dans les guichets. Okay les gars allez vous recoucher ». Une autre personne, l'interviewé 12, dormait aussi dans ces lieux lorsqu'il a été agressé par des jeunes. Dormir dans ces endroits crée un stress important. La trajectoire quotidienne est ainsi soumise à une diversité de situations stressantes et parfois dangereuses.

3.1.1 Le quotidien de la vie itinérante comme déterminante de l'utilisation des services

Les raisons derrière l'utilisation des services institutionnels et communautaires sont aussi diverses que l'est la population. Nous tentons de comprendre, ici, si des raisons particulières ou des contextes particuliers poussent les

personnes itinérantes à faire un usage des services que certains qualifient d'inadéquats.

Certaines personnes ont recours aux services de santé en raison de problèmes de santé mentale, d'autres pour des problèmes de santé physique; ces problèmes sont récurrents chez les différentes personnes interviewées. En ce qui a trait aux services communautaires, l'instabilité domiciliaire ainsi que le désir de combler les besoins primaires (se nourrir et se vêtir) sont à l'origine de leur utilisation. Des vingt-et-une personnes interviewées, neuf ont dit être séropositives et/ou avoir contractées une hépatite, et plus de la moitié d'entre elles ne suivent aucun traitement. Ainsi, un peu moins de la moitié des personnes de notre échantillon utilise ou utilisera beaucoup les services de santé afin de contrôler ces maladies. En plus des problèmes importants de santé physique (VIH/SIDA), plus de la moitié des personnes de notre échantillon (12 personnes) disent avoir des problèmes de toxicomanie et/ou d'alcoolisme. Ces problèmes sont à l'origine d'une utilisation accrue des services de santé car, comme nous l'avons vu auparavant, la consommation de drogues est souvent associée à une prise de risques. De plus, si les personnes ne s'habillent pas correctement ou dorment dehors en hiver, si elles mangent sans se soucier du contenu, si elles dorment peu et marchent fréquemment de longues distances, cela a un impact majeur sur la santé physique et mentale et donc sur l'utilisation des services de santé.

CHAPITRE IV

LES SERVICES ET LES DIFFICULTÉS

Dans ce chapitre nous présenterons, en plus des expériences quotidiennes de la vie itinérante, les dimensions qui rendent difficile l'accès aux services pour les personnes itinérantes. Ainsi, les services utilisés par les personnes composant notre échantillon sont nombreux et variés : elles utilisent autant les services hospitaliers, ambulanciers, les services sociaux, que les services offerts par le milieu communautaire. Les services utilisés ou mentionnés se trouvent principalement dans le Centre-Ville de Montréal; les services communautaires auxquels a recours le plus grand nombre sont ceux qui offrent le gîte pour la nuit et les repas du midi et/ou du soir, soit les refuges et les soupes populaires; les services desservant un nombre moindre de personnes, comme les services de désintoxication ou les organismes offrant de l'hébergement à moyen et long terme, ont des taux d'utilisation élevés, mais le nombre de places disponibles est beaucoup plus restreint. Nous analyserons plus précisément dans ce chapitre les difficultés rencontrées par ces personnes et les stratégies qu'elles ont développées face à celles-ci. En effet, il est apparu dans les entretiens effectués, que les personnes itinérantes développent des stratégies de débrouillardise pour pouvoir utiliser un service, même lorsqu'elles éprouvent des difficultés d'accès. Nous laisserons de côté ce qui fonctionne ou constitue des réussites, notre objet étant les barrières à l'accessibilité à des services et à des ressources.

4.1 DIFFICULTÉS LORS DE L'UTILISATION DES DIVERS SERVICES

Des difficultés de plusieurs ordres apparaissent lorsqu'une personne utilise un service (peu importe le service et peu importe la personne). Par exemple, on peut

faire une demande de prestation à l'assurance emploi et ne pas remplir les conditions nécessaires pour recevoir cette aide. Parfois des difficultés retardent la demande de services et d'autres fois, elles empêchent de solliciter un service. Des difficultés peuvent donc apparaître autant comme des barrières à l'accès que comme une contrainte au regard d'une règle de fonctionnement du service. En effet, les difficultés d'accès sont de différents types. La difficulté de recevoir des prestations d'aide sociale n'est pas de même nature que l'impossibilité de recevoir, dans un comptoir vestimentaire, des sous-vêtements de la bonne taille. La nature de la difficulté compte pour beaucoup dans l'explication des problématiques d'accessibilité pour les personnes itinérantes.

Nous concentrerons ici nos propos sur les difficultés qui apparaissent dans les milieux communautaire et institutionnel, telles qu'évoquées par les personnes interviewées. Les exemples donnés par les interviewés renvoient autant à leur interaction avec les services de santé qu'avec les services communautaires. Dans les prochaines sections nous aborderons les situations qui sont apparues le plus souvent dans le discours des personnes itinérantes. Nous les avons regroupées sous plusieurs rubriques. Dans les réponses à des besoins quotidiens, l'hygiène, le sommeil, la nourriture et les horaires sont des sujets abordés lorsque les interviewés parlent des difficultés rencontrées. La discrimination, les préjugés, le refus face à une demande de service et les longues heures d'attente sont des sujets abordés qui renvoient souvent à l'utilisation des services de santé.

4.1.1 Difficultés dans les réponses concernant la vie quotidienne

Cette section se consacrera aux petits obstacles, aux difficultés, bref à tout ce que les personnes rencontrent lorsqu'elles tentent de répondre à leurs besoins essentiels.

4.1.1.1 L'hygiène

Selon les personnes interviewées, les services communautaires ont de multiples règles ou règlements qui peuvent constituer des difficultés à l'accès. Par exemple, l'interviewé 10, n'a pas voulu dormir dans un certain refuge car une des conditions est de dormir avec le pyjama fourni par la ressource. Il explique : « [...] j'ai soupé là, j'ai pas couché là parce qu'il fallait que tu te mettes en pyjama, pis moi je me couche pas en pyjama quand je suis pas chez-nous t'sais, je me couche habillé that's it ». Cette condition pour utiliser le service s'est transformée en difficulté pour cet usager qui voulait dormir habillé.

Dans plusieurs ressources communautaires, prendre une douche en arrivant est une condition d'entrée. Bien que pouvant se justifier du point de vue hygiénique, cela constitue parfois une difficulté. La majorité des personnes interviewées prennent la douche obligatoire, mais cela peut devenir un moment difficile pour certaines d'entre elles. L'interviewée 4 explique qu'en plus de devoir prendre une douche, à une certaine heure, « il ne faut pas parler, parce que si on dit quelque chose à une fille, tatatatata ». L'interviewé 18 explique aussi :

Je pense que c'est aux douches que tu vois le plus de souffrance. Je veux dire, c'est comme des bêtes qui rentrent là, t'sais, pis t'as pas le choix, hein, t'es pas poussé mais vas-y [juron], pis envoie hostie, rentre dans la douche [juron] là, pis ça marche comme ça, hein. Pis là bon ben envoie, grouille-toi le cul là [juron], il y en a d'autres qui attendent là. T'sais c'est sévère là, il faut pas s'imaginer là que c'est [facile]. Parce que les gars qui sont là, moi en tout cas j'étais doux avec les gars, mais il y en a qui rentrent là, pis on jurerait que parce que là, ils sont de l'autre côté de la clôture, là ils veulent varger (frapper) dessus-là t'sais.

L'interviewé 8 explique ce qu'il en est de l'obligation de prendre une douche selon la ressource. Il nous dit :

Ça fait une senteur t'sais. Tu rentres là-dedans pis c'est pas possible des fois là, surtout dans un certain refuge [en particulier]. Parce que [dans un autre refuge], le monde ils sont comme motivés pour être propres, tu vas voir comme, surtout ils sont motivés t'sais.

L'interviewé 13, qui travaille parfois dans un certain refuge, confirme que prendre une douche est un moyen simple et efficace d'empêcher la prolifération de certaines maladies. Du même coup, il l'explique que la seule prise de la douche ne règle cependant pas le problème de propreté :

Moi je suis forcé de leur faire prendre leur douche. Si il prend pas sa douche il dort pas au refuge, c'est clair de même. Sauf que [même si] les gars prennent leur douche, ils remettent leur linge sale, [juron] c'est pas mieux non plus là. Pis on sait jamais qui a quoi, pis on est 40, 45 par dortoir, il y en a là-dedans qui sont malades, pis il y en a qui, j'en ai vu que les bobettes se promenaient toutes seules à terre là parce que ça fait longtemps là.

Les nombreuses utilisations des différentes ressources communautaires dédiées font en sorte que les personnes itinérantes entrent souvent en contact avec d'autres personnes itinérantes. Ces contacts sont souvent perçus négativement par les personnes interviewées qui ont dit que cela les éloignent des ressources dédiées aux personnes itinérantes. L'interviewé 5 nous explique pourquoi il ne veut pas vraiment aller dans les refuges :

[...] j'aime autant pas y aller t'sais, mon appétit vient de couper là. T'sais ou ben donc les gars ça a les mains noires, noires, noires pis ils sont tous, je veux dire ils sont crottés, ou ben il y en a qui sont pas gênés là, ils vont te tousser dans la face. Je vas te dire franchement, il y en a qui se décrochent le nez en avant de toi pis ils mangent ça t'sais, ah c'est un peu dégueulasse t'sais, ça fait que t'as pas, t'as pas envie de manger, tu veux t'évader là [...] J'aimerais mieux coucher dehors que d'y retourner.

Une personne interviewée explique même qu'elle a attrapé des puces en dormant dans un refuge. L'interviewé 9 explique : « C'est déjà arriver une fois, [...], que j'ai couché dans un lit pis que je me suis réveillé le lendemain avec des puces ».

Une difficulté lors de l'utilisation de certaines ressources communautaires est l'interdiction de laver son linge dans les lavabos. Les ressources qui interdisent cette pratique disent qu'elles ont un vestiaire, ouvert quelques jours par semaine, avec des vêtements gratuits que les usagers peuvent prendre à leur guise. Cependant, la journée où l'interviewé 6 a voulu utiliser le vestiaire, il n'y avait plus de sous-vêtements à sa taille. Il a décidé de laver ses sous-vêtements alors qu'il n'en avait pas le droit. Il explique ce qu'il fait maintenant : « je fais ni un ni deux, je fais ça plus fine mouche t'sais, sans que ça paraisse. J'arrive, je rentre dans la douche avec mes shorts pis mes bobettes, j'enlève mes bobettes pis je les lave là ». Il en est de même pour les femmes qui dorment en refuge, elles ne peuvent laver leur linge. L'interviewée 17 indique que comme elles ne peuvent pas laver leur linge, alors : « le linge on le prend pis on le jette ou on va le porter [dans une ressource]. Eux autres le relavent, pis ils le repassent, pis d'autres personnes vont le prendre ».

4.1.1.2 Horaire

Un autre commentaire porte sur les règlements concernant les horaires dans les refuges. Quand on dort dans un refuge il faut accepter de se lever tôt le matin. Les horaires diffèrent d'une ressource communautaire à l'autre. L'interviewé 18 explique : « ils nous mettent dehors à six heures et demie, pis là tu rentres à cinq heures [17 heures], ça fait que calcule le temps! [...] Ça fait quoi ça, ça fait neuf heures et demie, dix heures dehors dans la journée ».

Sans être une condition formelle, les usagers qui veulent avoir un lit dans un certain refuge doivent faire la queue devant la ressource bien avant 16h30. L'interviewé 7 nous explique :

Il y a des fois l'hiver, c'est full, (inaudible). T'as une certaine heure pour rentrer. [...] Il faut que tu sois là pour quatre heures et demie. Et ben avant ça, il faut que tu te mettes en ligne là, pis là-bas t'as x lits au refuge. Ça fait que si t'arrives les vingt derniers, tu couches dehors. Ils t'envoient [à un autre]

refuge. Pis, tu pars de là, ça fait que t'arrives là-bas, [à l'autre refuge], pis là eux autres ils en ont plus de places. J'ai déjà couché dans la cuisine d'un refuge ça fait que, à terre sur le plancher là, c'est pas évident ça là.

L'interviewé 10 indique lui aussi les difficultés de se trouver un endroit pour la nuit : « Là à soir, je sais même pas si j'ai une place à coucher là, parce qu'il va y avoir, même à partir de deux heures, c'est plein de monde [à un certain] refuge là, c'est effrayant ».

L'horaire de ces services est donc une difficulté qui marque de manière importante le discours des personnes itinérantes. Comme l'indique l'interviewé 1, non seulement il doit quitter le refuge à 6h00 du matin, il doit aussi se trouver un endroit où aller le jour, particulièrement s'il fait froid. À ces périodes les personnes itinérantes fréquentent ainsi des endroits publics, comme les cafés Dunkin Donuts. Cela occupe leur temps et elles sont au chaud. D'autres fois, les refuges sont ouverts mais ils n'ont rapidement plus de places. Les gens doivent donc prévoir du temps pour rechercher une place ou du temps pour se présenter assez tôt pour obtenir une place.

Toujours au sujet des horaires, les personnes qui utilisent certains refuges, lorsqu'ils entrent à l'heure du souper, ne peuvent plus sortir jusqu'au lendemain matin. Lorsque ces usagers ont des réunions, par exemple pour les alcooliques anonymes, ils peuvent avertir les intervenants et leur place sera gardée. Il est arrivé plusieurs fois, à l'interviewé 6, de quitter pour une réunion de A.A. et de perdre sa place en revenant de sa réunion. Il explique : « moi je fais du mouvement A.A., pis à un moment donné t'sais je les ai avertis comme de quoi je vas faire un meeting A.A., pis quand tu les avertis ils gardent ton lit, pis deux fois à un moment donné c'est arrivé, ils ont pas gardé mon lit ». Il y a donc eu difficulté d'accès, conséquence de l'utilisation d'un autre service.

4.1.1.3 Sommeil

Un autre type de difficultés que rencontrent les personnes concerne le sommeil. Ce thème revient souvent dans le discours des personnes itinérantes interviewées. Dans ces endroits bondés, le sommeil est difficile à trouver: les gens toussent, parlent en dormant, ronflent et se lèvent pour aller aux toilettes. L'interviewé 5 explique qu'il ne dort que quelques heures par nuit : « Non, c'est parce que, parce que tu dors mal avec à peu près 100 gars dans la même, dans le même dortoir ça fait que, c'est pas évident, il y en a dans ça qui se masturbent, il y en a qui ronflent à bout portant ». L'interviewé 6 a aussi des difficultés à dormir en groupe :

j'ai dormi quatre heures dans la nuit, je manquais de sommeil, t'sais des fois écoute ça brasse là-bas pis il fait chaud en plus, t'sais il a fait chaud ces temps icitte là, des fois je m'endors pas avant une heure pis minuit, minuit et demi, ça fait que tu te relèves à six heures moins quart le matin, c'est quelque chose, le matin quand tu te lèves à six heures moins quart, t'sais ils savent que personne travaille, ils sont dans la rue là, ils les calicent dehors à six heures moins quart, à six heures, six heures et quart, six heures et demi dehors.

4.1.1.4 Nourriture

La nourriture est un autre aspect souvent critiqué par les personnes itinérantes. Si le but premier des ressources communautaires est de combler certains besoins primaires, la qualité des services n'est pas toujours appréciée. De plus, si les personnes ont des prescriptions alimentaires spécifiques en raison de problèmes importants de santé (diabète ou cholestérol élevé), manger dans les ressources devient parfois problématique.

L'interviewé explique que la qualité de la nourriture est très variable : « des fois tu vas pogner du pain moisi, pis des fois tu le vois pas, mais si tu regardes pas tu

cours une chance de manger quelque chose qui est moisi ». L'interviewé 1 raconte aussi son expérience :

[...] l'alimentation c'est important. Excusez, ça, ça se trouve être un problème aussi avec les missions. On n'est pas toujours bien alimenté. Des fois ça peut être très mauvais, comme ce que j'ai mangé hier au refuge c'était pas trop bon, [...] mais on a quand même faim. Mais il y a des endroits qui sont meilleurs que les autres, comme [un autre] refuge. En moyenne, c'est une très bonne façade, sauf qu'ils devraient changer plus souvent [de menu].

Pour l'interviewé 6, la qualité compte autant que le choix des aliments. Il nous explique :

Il y a trois places que j'ai connues, un certaine ressource, un refuge pis [un autre] refuge. La ressource, il y a une affaire, tu manges pas bien, [juron]. Il y en a en masse qui trouvent qu'ils mangent bien parce que t'sais ils ont jamais fait de bouffe. T'sais, ah non, moi je trouve que tu manges pas bien à la ressource. [...] C'est toutes des choses qui ont passé date. T'sais tu vois du jambon, à un moment donné quand je vois le jambon là, j'en ai ras le bol du jambon, t'sais t'en vois trop, pis je les vois travailler à la cuisine de la ressource et au refuge, pis les cooks, à un moment donné, quand ils reçoivent du jambon, les morceaux, ils enlèvent toute la couenne. A la ressource ils l'enlèvent pas, hostie, je vois dans les sandwiches, je vois dans le jambon râpé là il y a des morceaux de couenne.

Il en va de même pour l'interviewé 9 qui ne se gêne pas pour dire aux travailleurs communautaires d'une ressource servant des repas ce qu'il en pense :

À la ressource, oui, j'ai été malade deux fois. Et puis, il y a quelqu'un qui a eu une empoisonnement alimentaire par la suite et c'était, c'était dû à la viande [...]. Quand c'est la journée des sandwiches là, je me gêne pas pour ouvrir les sandwiches. Pis si je vois que le baloney, ben oups t'as un bout de vert pis l'autre est tout beau rosé, je me gênerai pas pour aller leur dire. Je va leur dire, [juron], mets ça dans les vidanges.

Lorsque ce n'est pas la qualité de la nourriture qui est remise en question, c'est le choix des mets selon l'heure de la journée. L'interviewé 12 explique :

[...] T'sais comme à la ressource là, t'sais tu te lèves là pis ben souvent ça fait peut-être deux jours que t'as pas mangé, t'as consommé de la boisson, de la drogue, t'sais t'arrives là, pis ils te foutent là un [juron] de repas chaud là, comme des fois des cuisses de poulet ben graisseuses, cuites à moitié, pour déjeuner là.

4.1.1.5 Monétaire

Dans certains refuges à Montréal on demande une somme symbolique de quelques dollars pour pouvoir accéder au refuge. L'interviewé 19 explique :

Au refuge ça coûte 3\$ si tu veux coucher là. Pis si il fait pas moins 15 dehors tu peux pas coucher là [sans payer]. [...] Mais la nuit, s'ils annoncent -15, -16, -17, -18, ben là tu peux aller coucher au refuge, c'est gratuit. Tandis que, pis t'as le déjeuner gratuit, pis t'as une collation le soir. Mais si t'as pas ça [le 3\$] ben il faut que tu, il faut absolument que tu ailles coucher ailleurs. Pis 3\$ c'est pas tout le monde qui l'a quand t'es itinérant, mais eux autres ils ont pour leur dire si t'es capable de quêter pour aller boire, t'es capable de quêter pour ramasser 3 piastres, pis c'est vrai que ça se ramasse facilement 3 piastres.

4.1.1.6 Âge et genre

Certains refuges n'imposent pas de tarifs d'entrée, mais ils sélectionnent les personnes en fonction de leur âge ou de leur genre. Les refuges pour jeunes en situation d'itinérance fixent souvent ce genre de condition: un âge maximal au delà duquel on ne peut utiliser leurs services. Au delà de la limite, les jeunes doivent aller dans d'autres ressources plus connues. Pour l'interviewé 19, son prochain anniversaire indiquera cette limite et, en conséquence, le passage à l'utilisation d'autres types de services. Il explique :

C'est pas évident j'ai toujours couché dans les places d'itinérance comme [à un certain] refuge. Le refuge, là je vas être là jusqu'au 2 février, pis le 2 février je vas avoir 25 ans. Il va falloir que j'aille ailleurs pis ça me tente pas

d'aller [dans un certain] refuge [ou dans un autre]. Je veux me sortir de la rue avant de me ramasser là.

L'interviewé 20 est aussi passé d'une ressource pour jeunes à un refuge. Ce règlement concernant l'âge limite le dérange car c'est là, avec les intervenants, que des liens sociaux ont été créés. Cet interviewé nous explique :

Ça, ça me fait chier parce que c'est toutes des places où j'étais habitué d'aller, ça fait longtemps, ça fait neuf ans je suis à Montréal. À 16 ans je suis arrivé icitte, j'étais dans la rue, pis ce monde-là ils m'ont connu, jusqu'à aujourd'hui là, ils m'ont vu de pire en pire, pis là je suis rendu de moins en moins pire. Mais ça me fait chier parce que c'est des places où j'étais habitué d'aller, pis là je pourrai plus y aller bientôt. C'est dur, quand tu connais tous les intervenants, tu te confies beaucoup à eux autres, t'sais dans le fond c'est tous des amis, mais c'est du monde qui ont pas de préjugés je pense, pis qui sont là pour t'aider t'sais. Ça fait que c'est ben plate. Ils devraient ouvrir des centres, t'sais ils devraient ouvrir plus de centres, je trouve moi qu'il y en a pas assez, il y en a vraiment pas assez.

Nous pouvons également constater qu'il y avait aussi, d'une certaine façon, des difficultés selon le genre. En effet, comme nous l'avons mentionné auparavant, les couples ne peuvent avoir accès, ensemble, à un lit dans un refuge.

4.1.1.7 Globalement

De façon plus générale, ce sont parfois leurs propres préjugés qui empêchent les personnes itinérantes de fréquenter certaines ressources communautaires. L'interviewé 10 explique : « [...] Mais je trouve ça dur, je suis pas capable de vivre avec du monde de même là, ils sont trop fuckés, c'est du monde de prison là. Je porte un jugement en disant ça, mais je trouve ça ben dur là. Moi je vas mourir dans la rue ».

Les ressources communautaires du Centre-Ville de Montréal, qui desservent la population itinérante sont nombreuses et bien connues. Les refuges de nuit sont les plus utilisés et font inévitablement l'objet de nombreuses critiques. Il ne s'agit pas de faire l'apologie d'une ressource ou d'une autre, mais de les présenter comme le font les personnes itinérantes. La façon dont les personnes présentent les organismes en dit long sur les motifs de leur utilisation. L'interviewé 16 explique :

[...] [Si] il faut que je dégèle un peu, [si] il faut que je me repose c'est [un certain] refuge. [...] La différence entre les trois, je vas te l'expliquer vite vite, tu vas comprendre. Le certain refuge c'est qu'il faut que t'attendes en ligne pis quand tu rentres là tu peux plus ressortir, tu prends ta douche, tu te changes, t'as du beau linge, t'as des bas, des shorts, toute ça. C'est une place 5 étoiles [ce] refuge. Si tu veux vraiment te faire la barbe, t'arranger, c'est ce refuge. Si c'est question de comme quand j'étais dans la rue, ça fait deux, trois jours, je veux juste prendre une douche pis ressortir, continuer à bummer, continuer à me geler j'allais [à un autre refuge]. Là c'est une place où tu prends ta douche, tu remets les mêmes shorts, les mêmes bas, la même merde que t'as sur le dos, pis let's go tu ressorts. Tu peux ressortir, tu t'en vas, salut, bonjour. Ça valait la peine, je prenais ma douche pareil moi, juste le fait de me laver les cheveux là, j'étais tanné là t'sais, avec du savon à main je me lavais les cheveux. Pis t'as l'autre, [l'autre] refuge, ça c'est une autre place qui est comme le [premier mentionné] mais la bouffe [est] moins bonne. Mais la meilleure place c'est le certain refuge, quand je voulais prendre un, deux, trois jours pour me replacer là [...]. L'autre refuge c'est la pire place, ça c'est une place que tu vas là, je sais pas moi, à quatre heures donner ton nom pis t'as le droit de ressortir pis de rentrer à neuf heures, quatre, cinq hits pis aller te coucher, t'as le droit, t'as le droit de consommer là, si t'es pas trop tannant ils te laissent consommer. Le [premier refuge] tu sens la bière, oublie ça, tu rentres pas là, c'est pour ça que je te dis, c'est le 5 étoiles ce refuge, le gars qui veut s'en sortir c'est 5 étoiles, ce refuge.

Différentes raisons amènent donc certaines personnes interviewées à dormir dans la rue. Les interviewés 7 et 8 expliquent :

Ben dehors t'as pas de règlements, t'as pas de file, t'as pas besoin de geler [à l'extérieur] pour deux heures avant de rentrer là t'sais. Pis des fois, comme à un certain refuge, tu dors à terre [lorsqu'] il y a trop de monde. Moi, dehors, je peux dormir sur un matelas que j'ai, pis j'ai une place.

Ces nombreuses difficultés, de différentes natures, peuvent parfois sembler être des détails. Mais pour une personne qui a peu de stabilité et qui doit composer avec les multiples règlements propres à chacun des services et des organismes, le quotidien est donc rempli de petites difficultés, toutes aussi contraignantes les unes que les autres.

4.1.2 Autres types de difficultés

Les constats évoqués par les personnes interviewées relèvent ici d'autres considérations. C'est ce qu'elles nomment les préjugés et la discrimination, le refus de se voir offrir le service demandé, les longues heures d'attente qui découragent les interviewés, etc.

4.1.2.1 Préjugés et discrimination

Lorsque vient le temps d'obtenir des services de santé, plusieurs des personnes interviewées affirment qu'elles sont l'objet de préjugés ou victimes de discrimination. Ces préjugés apparaissent autant dans la manière dont se déroulent les soins, que dans la façon d'offrir divers services. Pour l'interviewé 5, le fait d'être une personne itinérante altère définitivement la qualité des soins de santé qu'il recevra. Il explique :

T'as pas d'adresse fixe là-dedans. Ils te gardent une nuit pis dehors le lendemain t'sais. Ça fait que merci, bonjour. Ils donnent pas de soins, rien, c'est dur, c'est ça. T'as pas d'adresse, ça fait qu'ils peuvent pas te rejoindre pour dire c'est quoi ta maladie.[...] moi je vis à peu près 24 heures à la fois là t'sais, c'est difficile.

Pour l'interviewé 7, les préjugés concernent son diagnostic « borderline ». Il sentait qu'il avait un problème qui n'était relié ni à une maladie physique, ni à un problème de ~~drogue~~, mais la psychiatrie n'a pas pu l'évaluer précisément. Sa situation

d'itinérance a, selon lui, fait en sorte que le psychiatre ne s'est pas intéressé à lui et n'a pas cherché à l'écouter pour véritablement comprendre le problème. Comme il explique :

Ben moi, je pense que, en tout cas, j'ai été quand même peut-être mal évalué mais, parce que pendant plusieurs mois c'était pas, c'était pas seulement borderline, c'était vraiment une maladie qui est pas reliée à la drogue, mais une maladie. Mais j'ai été mal évalué.

Parfois, en raison d'une maladie ou d'un accident, les personnes itinérantes ont besoins de médicaments pour calmer leurs douleurs. Ces besoins, arrimés à des demandes répétées, peuvent entraîner des situations de discrimination; certains médecins peuvent les accuser d'abus ou de toxicomanie. L'interviewé 6 a vécu une telle situation lorsqu'un médecin a refusé de lui administrer des médicaments alors qu'il venait d'avoir un accident :

[...] quand j'ai eu mon accident, ben le médecin que j'allais voir avant, j'avais déjà des problèmes de dos là, je lui avais demandé des «Ambracets». Pis lui à un moment donné, il a douté, t'sais, de mon mal que j'avais. Lui il était convaincu que j'allais le voir pour des pilules, pour me geler. Pis c'était pas le cas, pis ça, ça m'a choqué. Ça m'a vraiment fait mal ça. [...] J'ai eu mon accident d'automobile, j'ai passé un scanner après, ça fait qu'à un moment donné il s'est rendu compte que j'avais des disques qui faisaient coïncider les nerfs. C'est sûr que j'ai voulu prendre le résultat pour aller y montrer, pis y foutre dans la face. Regarde-les là. C'est parce qu'il a pas eu confiance en moi, pis enfin de compte j'y ai pas été. C'est sûr que le médecin là-bas, lui, au début j'y ai demandé des pilules pis ça le dérangeait aussi. C'est normal, ils me connaissent pas, ils ont pas mon dossier. Pis ça a pris du temps en plus avant que j'aille mon dossier médical sur St-Denis. [...] Ça fait que là à un moment donné c'est quand qu'il a vu le résultat du scanner ben là t'sais il a jamais, il m'a jamais empêché de reprendre la médication.

Il en va de même pour l'interviewé 14 qui n'a pas reçu les médicaments adéquats parce qu'il était toxicomane et qu'il n'a pas, non plus, reçu de soins de convalescence parce qu'il était sans domicile fixe. Il explique :

J'ai subi une opération pour le foie, [il y a] cinq, six ans pis une biopsie parce que je suis atteint d'hépatite C. [...] Pis c'était une opération d'un jour. Quand tu sors, ça prend quand même deux jours, parce que je suis resté deux jours, pis ils donnent des Ambracets (?). Pour un toxicomane, en tout cas je vas parler pour moi là, il aurait fallu que je me contente de Tylenols extra forts, quitte à avoir mal. [...] Le système de santé, [...] ils te mettent dehors, pis toi où est-ce que tu restes. Ben là ça a pas de bon sens, on peut pas te garder. Tu veux te revirer, t'es dehors, ça fait que tu te ramasses chez des amis, pis des amis ben là on peut pas te garder de même. Ça a pas de bon sens, ça a pas d'allure. Ça fait que eux autres avec ça, tu fais le tour de ton monde pis à un moment donné ben t'atterris sur la rue Ste-Catherine [...]. C'est comme ça que ça a commencé. Pis plus je voyais ma vie prendre une débarque, plus je me disais que il y avait plus rien à faire. Ça fait que ça été de me laisser aller, pas capable de me suicider, autant je m'injectais [...].

Pour l'interviewé 10, le médicament qu'on lui donne est toujours le même et pour tous ses maux : de l'aspirine. Il explique ses expériences avec les hôpitaux :

Mais comme là, je suis allé à l'hôpital une couple de fois là. Ils ont rien fait. Ils ont dit, si t'es pas content va-t'en au CLSC. La seule affaire qu'ils font, ils me donnent du Tylenol, mais quand t'as mal aux pieds du Tylenol, ou t'as mal à la tête parce que tu dors jamais, c'est pas assez fort du Tylenol. Mais je comprends qu'ils sont pas pour donner full drugs au monde, chimique au boutte de médicaments, parce qu'il y a une accoutumance.

Pour l'interviewée 17, lorsqu'elle s'est rendue à un CSSS, son but n'était pas d'avoir des médicaments. Elle a cependant sentie qu'on ne l'a pas prise au sérieux à cause de ses situations d'itinérance et de toxicomanie. Elle explique :

Ça fait que là j'explique ça au médecin, ben là écoute, t'as pas plus mal aux bras que moi là t'sais. Mais j'ai dit, là ça part de là, pis ça va jusque là. Pis je te dis que j'ai mal. [Il me dit] ben tu fais pas de tendinite, montre moi donc voir que c'est. C'est parce qu'ils en ont tellement vu du monde qui vont là, pis ils content des histoires pour arriver à avoir une pilule. Moi je veux pas une pilule, j'en veux pas de pilules moi, même des Tylenols ça m'endort.

4.1.2.2 Refus dans la demande d'un service

Parfois, les difficultés que vivent les personnes itinérantes, se situent dans l'offre du service désiré. C'est ce qu'ont vécu plusieurs personnes interviewées, dont l'interviewé 7, qui a vécu ce type d'expérience :

Ben j'ai vécu une période assez intense où est-ce que les idées suicidaires étaient très très très fortes, très très très fortes. Pis à l'urgence de l'hôpital, à cause de la maladie, j'ai été cinq minutes avec le psychiatre. Il a dit, va-t'en, on veut pas te voir. Et on a même dit que, on peut rien faire pour ceux qui veulent se suicider, s'ils veulent se suicider, ils peuvent le faire, ils vont le faire, on peut rien faire pour ça. C'est ce qu'ils ont dit.

Lorsque ces personnes décident qu'elles veulent entrer en cure de désintoxication, le service n'est pas toujours prêt à les accueillir. Elles sont alors retournées dans la rue avec parfois peu d'explications. L'interviewé 1 a vécu :

Une mauvaise expérience dans un hôpital ici, j'ai eu des soins particuliers pour une couple d'heures. Je me suis reposé, ils m'ont dit de m'en aller, qu'il y avait pas de place pour une désintoxe. Il fallait que je mette mon nom sur la liste. Pis avant la date que je pourrais rentrer en désintoxe, j'avais le temps de dégriser au moins deux semaines, mais j'aurais pu prendre une autre brosse, trois, quatre fois t'sais, il y avait un mois d'attente là. Mais je comprends le nombre de personnes qui ont des problèmes d'alcool aussi là. Ça veut dire qu'il faut que je calcule, la prochaine fois que je vas prendre ma brosse si c'est, [...] dans un mois, ben une semaine avant le mois fini, je vas prendre ma brosse. Ben une couple de jours avant, pis là je sais que ma place est là [quand je vais dégriser].

L'interviewé 8, lui, voulait aller en cure de désintoxication dans un hôpital, mais ces derniers ont préféré le diriger vers un autre endroit. L'interviewé souhaitait être admis à l'hôpital, mais celui-ci n'admettait que des toxicomanes qui prenaient de la drogue par voie d'injection. Il explique l'impact que cela a eu :

T'sais ça fait que j'ai jamais été en désintoxe. Dans ce temps-là, s'ils m'auraient pris là, peut-être que j'étais plus fort là. J'étais plus jeune t'sais. J'aurais pu faire quelque chose. Pis là [l'hôpital] c'était une bonne place, mais c'est dur à rentrer.

Pour l'interviewé 1, une situation semblable est survenue lorsqu'il a voulu entrer en cure de désintoxication. Il s'est donc présenté à l'urgence d'un hôpital, mais devant le temps d'attente il s'est découragé et a préféré aller consommer une dernière bière avant la thérapie. Il explique ce qui lui est arrivé :

[...] c'est parce que ce qui est arrivé c'est que j'ai beaucoup beaucoup consommé et là j'étais fatigué parce que j'avais pas dormi la soirée d'avant pis là j'ai décidé que si je me rends là je vas aller en désintoxe 14 jours à l'Hôpital. Pis là, finalement, ben ils m'ont fait attendre plus tard. Pis là, moi j'ai décidé, ah j'ai dit j'ai encore de l'argent pour m'en acheter une autre. Je sais pas, on dirait que j'étais en manque. J'avais tombé endormi, pis je me suis levé, pis là je me sentais, t'sais là perdu. Pis là, j'ai vu que j'avais pas été appelé. Ils ont peut-être essayé de m'appeler, pis là je savais pas si mon tour était passé ou pas. Pis là j'ai regardé l'heure, j'ai dit bon ben je peux aller coucher en bas, au moins je vas coucher dans un lit. J'ai dit, je vas prendre une dernière bière avant.

4.1.2.3 Attente à l'urgence

Comme pour l'interviewé 1, ce qui revient aussi souvent dans le discours des personnes itinérantes est l'impuissance et la frustration face aux longues heures d'attente aux services des urgences. L'interviewé 6 nous explique qu'après avoir attendu sept heures à l'hôpital, il s'est renseigné et apparemment on l'avait déjà appelé et elle ne l'avait pas su. Une expérience semblable est arrivée à l'interviewé 1 :

Oui, ça a pris 12 heures une fois à l'Hôpital. J'ai dormi pendant six, mais j'ai resté debout une couple d'heures. Pis après ça, quand je me suis levé, j'ai demandé vous avez sûrement passé mon tour parce que j'ai tombé endormi pendant six heures. Elle a dit, non, votre tour il est encore le septième. Mais là, une chance que j'ai dormi, j'aurais venu fou.

L'interviewé 16 a aussi une expérience difficile avec les urgences des hôpitaux et les heures d'attente. Il nous explique :

L'urgence, je vas t'en parler un peu, pas plus que ça parce que ça me révolte un peu là. [...] J'ai été cinq heures à l'urgence avant d'être passé. C'est comme j'ai dit, c'est sûr que le V.I.H., je me défends pas là-dessus, mais j'ai le V.I.H. J'ai l'hépatite C, pis en ce moment je tousse, je choke (s'étouffer). Je suis malade, je dors pas, [j'ai demandé] c'est tu possible de me rencontrer. Ça a pris cinq heures avant que je passe. Quand que je veux dire que j'en voyais défiler devant moi pis parler au docteur. C'est quoi qu'il a lui, c'est quoi, lui il a la diarrhée, il a le flux, moi ça me rentrait pas dans la tête. Je comprends pas pourquoi qu'ils passent une personne qui a le flux, pis l'autre il est malade comme un chien, V.I.H., hépatite C pis il est en train de, il choke au bout, il dort pas des nuits, pourquoi qu'ils le passent pas lui. [...] À l'urgence, il y a un truc pour passer à l'urgence, pis je le sais, pis je l'ai pas mis en pratique. L'urgence il y a un truc, quand t'arrives au triage, il faut pas que tu t'énerves là, il faut pas que, tu fais juste répondre à ses questions, pis t'essayes d'être doux avec elle, c'est elle qui va te poser, c'est le triage qui te passe en premier.

Les difficultés que vivent les personnes itinérantes dans leur interaction avec les services sont différentes selon le milieu (institutionnel ou communautaire). Ces difficultés sont de différents types mais contribuent toutes, à leur façon, à rendre difficile et compliquée l'accès aux services.

4.2 LES STRATÉGIES DE DÉBROUILLARDISE DANS L'UTILISATION DES DIVERS SERVICES

Pour faire face à ces nombreuses difficultés dans leur quotidien, certaines des personnes interviewées ont développé des stratégies de débrouillardise qui leur permettent d'obtenir tout de même un service lorsqu'on le leur a refusé. Selon certains, les personnes itinérantes ne savent pas utiliser les services adéquatement. L'on verra dans cette section les commentaires à ce sujet.

Les moyens utilisés pour recevoir différents services sont variés et diffèrent d'une personne à l'autre. L'interviewé 1, explique qu'il utilise les services d'une ressource spécialisée sur la question du VIH pour obtenir de l'argent: les dix dollars donnés pour encourager les personnes à passer un test de dépistage. Cet interviewé ne s'injecte plus, mais va de tests en tests pour recevoir la compensation. La marque laissée lors des différents tests témoigne de l'utilisation de seringues, ce que l'interviewé fait passer pour une marque liée à sa consommation. Il en va de même pour l'interviewé 12 qui allait régulièrement faire faire des prises de sang pour recevoir les dix dollars. Il explique sa réaction lorsqu'il a par ailleurs appris sa séropositivité :

[...] Pis là j'ai dit envoye dis-moi-le que j'ai le sida là, oui, je m'en fous là, oui. J'ai dit j'espère que tu vas me donner plus que dix piastres parce que là, là je vas me soûler. Elle m'a donné 20\$ parce que quand c'est une personne qui a le sida, ils donnent 20\$.

L'interviewé 1 explique qu'il a appelé plus de cinq fois au 911 en deux semaines: il voulait obtenir un service de transport gratuitement. Ce service d'urgence a commencé à le reconnaître et à ne plus répondre à ses appels. Il avait tellement mal aux pieds d'avoir marché toute la journée et il avait tellement bu qu'il ne pouvait plus avancer. Il explique :

[...] ben moi je me rends plus compte du temps à cause que j'ai consommé, là il est trop tard, pis là moi je veux pas rester dans la rue à geler, pis là j'appelais eux autres [les ambulanciers]. J'avais des problèmes de pieds. Je marche assez dans la journée que mes pieds sontaient, quasiment au sang, entre les orteils, pis là ils me disaient à moi: on est pas un service de taxis là. Je les avais appelés quatre ou cinq fois en-dedans de deux semaines [...].

Cet interviewé explique que parfois il ment pour recevoir des médicaments. Il explique :

Oui, oui, c'est ça, ils te, ils te le demandent, t'sais ça fait 24 heures que vous consommez pas monsieur? Et là, je suis là, je peux mentir, je peux dire que ça fait six heures mais juste, mais même si je connais mon système, même si elle me donnait un Ativan après six heures, ça fait quand même six heures que j'ai pas consommé d'alcool. Ça veut dire cette Ativan là elle va faire du bien. Ça fait que des fois je peux mentir pour avoir le service t'sais. Parce que si j'y dis comme quoi ça fait pas 24 heures, ben elle dit allez vous asseoir dans la salle, si vous tombez endormi, ben vous viendrez me voir tantôt, quand ça va faire un nombre d'heures, on va vous en donner une là.

L'interviewé 21, lui, s'est déclaré très dépressif pour pouvoir entrer à l'hôpital. Il nous explique :

Je ne devrais pas le dire, mais je me suis fait passer pour dépressif pour entrer à l'hôpital. Bien, j'étais dépressif, il faut dire. J'étais dépressif. Puis, je ne savais plus où aller là, en plein hiver. Ce n'est pas évident. Ça marché. Il faut dire que je l'étais dépressif. Mais, disons que j'ai poussé la machine un petit peu plus loin. Je me suis fait passer pour plus dépressif que je l'étais. [...] Quand vous ne savez plus où aller. Quand même les maisons d'hébergement vous ferment la porte. Il y a un problème hein? Non?

Parfois les personnes itinérantes disent utiliser les services de santé juste pour se reposer, pour prendre une pause. Quelques interviewés ont dit se rendre à l'urgence des hôpitaux pour se reposer durant les heures d'attente. L'interviewé 10 explique ce qu'il fait : « Quand j'ai pas de place à aller, je vas là, pis je lui dis ça file pas. Ils me laissent coucher là toute la nuit. Je vois le médecin pis après ça je m'endors sur la chaise peut-être cinq, six heures. Le lendemain j'ai moins mal aux pieds, là je repars t'sais ». Le service d'urgence hospitalière est quelque fois utilisé comme lieu où dormir et prendre du repos. L'interviewé 1 explique lui aussi qu'il sollicite les services de santé lorsqu'il est fatigué. Il nous explique :

Premièrement, [j'y étais allé] parce que j'étais fatigué. Oui, j'étais tanné de coucher à terre, ça fait que j'ai dormi sur une civière. Pis en plus, ben, j'avais un ulcère à l'estomac, pis de quoi qui me faisait peur aussi un peu. C'est que quand j'allais à la selle, il y avait du sang. Là j'ai su c'était pourquoi, les hémorroïdes saignantes (rires).

D'autres attendent d'être vraiment mal en point avant de demander des services. Ils sont persuadés que, de cette façon, on ne leur refusera pas le service demandé. L'interviewé 21 explique : « J'attends toujours. Parce que les infirmières [disent] boff, ce n'est rien. Fait que, tu sais, si j'arrive là et que je suis en grosse crise, ils vont me garder. Sinon, ils vont me revirer : prends des Tylenols et ça va se passer ».

Certaines personnes interviewées adoptent une stratégie de rotation ou d'alternance. En ce qui concerne les différents refuges de nuit, divers modes apparaissent. L'un d'eux est de rester au refuge de nuit pour la durée maximale du séjour permis et ensuite faire la même chose ailleurs. Ensuite, soit on revient au premier refuge ou encore on fait le grand circuit avant de recommencer. L'interviewé 7 raconte : « ben écoutez, je pense qu'il y a comme cinq missions à Montréal, moi il y en a trois que j'utilise ». Certaines personnes qui ne dorment pas dans les refuges de nuit utilisent cependant les différents services offerts par ces refuges, dont les douches et le vestiaire où ils peuvent se procurer des vêtements gratuitement. L'interviewé 9 utilise une certaine ressource pour se laver et se changer; il préfère dormir à l'extérieur avec sa conjointe. Il nous explique cependant que certaines ressources n'offrent pas de services à des occasions précises, dont l'Action de grâce, par exemple. Comme cette ressource sera fermée, ils devront réorganiser leurs stratégies:

Puis samedi, dimanche, lundi, bon, lundi ils sont pas ouverts, automatiquement on se l'ai dit tantôt, automatiquement samedi, dimanche on va à une autre ressource, on va ramasser nos légumes et puis là-bas, il y a une toilette pis on, salon, débarbouillage, toute. Ils me connaissent très bien là.

L'interviewé 12 explique qu'il va souvent manger à un certain refuge, mais que le dimanche soir il va manger dans un autre refuge juste pour les sandwiches. Il explique :

Quelquefois je vas aller manger [à un certain] refuge, c'est surtout le dimanche, mais c'est pas le souper le dimanche, c'est pour les meetings A.A., pas pour le meeting pantoute là, non, non, parce qu'ils donnent des sandwiches, pis des sandwiches fraîches pis ils donnent deux cigarettes, pis moi ben, (inaudible), d'épaisseur pis je suis un bon comédien, ça fait que je m'arrange pour (inaudible), le choix, le gars me ramasse avec un (inaudible). Moi je passe cinq, six fois, ils me reconnaissent pas.

Quelques fois, les ressources sont utilisées à d'autres fins que celles qui correspondent à leurs mandats. Ainsi, les maisons de réhabilitation peuvent être utilisées par certaines personnes pour des motifs autres que la désintoxication. L'interviewé 18 indique qu'il y allait pour profiter du montant d'argent que le gouvernement donne à un usager au sortir d'un séjour dans une ressource de réhabilitation. Il explique :

Ça fait qu'enfin de compte là, je me suis ramassé de maison en maison, c'est-à-dire de mission en mission, de thérapie en thérapie. Quand j'étais réellement fatigué là, je décidais de m'en aller dans une thérapie. Je passais le temps, pis quand je sortais je savais que le gouvernement me donnait un peu plus gros chèque. Là bon ben, je savais que je m'en venais downtown, que je triperais, que je me prendrais un motel, pis que je passerais une semaine, deux semaines avec le 650 piastres, que je me ferais de l'argent ailleurs en vendant, en faisant çà, en faisant ça. Pis quand j'en aurais pu, ben là je retournerais dans les missions.

Les stratégies de débrouillardise sont souvent mal perçues même par les personnes elles-mêmes. Si certaines les voient comme des façons de réduire les barrières à l'accès, pour d'autres ces stratégies ne sont qu'une façon de profiter du système. L'interviewée 17 questionne, en effet, la trajectoire des gens qui se promènent durant une longue période de ressources en ressources : « pour moi c'est du monde qui profite du système, ça a pas de sens, eille quand ça fait quatre ans que tu restes dans une mission, à te promener d'une mission à l'autre c'est parce que t'aimes ça ». L'interviewé 1 questionne aussi les buts poursuivis par les ressources communautaires :

[...] on dirait que les missions sont créées pour que le monde revienne. Parce que quand le monde revient, le monde qui ont des problèmes de santé mentale ou qui vont développer ça, ils ne vont pas donner plus d'aide que ça, parce qu'eux autres, dans ce temps-là, ils ont des donations, pis c'est un roulement, pis eux autres ça fonctionne toujours ces maisons-là, t'sais. Parce que si il y avait pas d'itinérance pis si on verrait pas l'itinérance ben à ce moment-là le gouvernement il verserait pas (inaudible), je sais pas là t'sais. C'est compliqué mais je comprends le système.

Cette section nous a permis de voir différents types de difficultés rencontrées par les personnes interviewées et ce qu'elles font pour obtenir un service même lorsqu'elles éprouvent des difficultés à l'obtenir. Nous savons que celles-ci apparaissent autant dans le milieu communautaire, qu'institutionnel. De plus, des différences dans les types de difficultés ont également pu être observées. Par exemple, une personne ne sera peut-être pas expulsée d'une maison d'hébergement pour avoir lavé ses chaussettes dans un lavabo, mais elle sera peut-être réprimandée. Une personne peut être expulsée si elle ne prend pas ses médicaments, car certaines ressources ont des règles très strictes pour les patients qui ont un médicament à prendre; celle-ci devient, à ce moment, une condition d'accès à la ressource. L'interviewé 12 devait poursuivre un traitement prescrit par son médecin pour avoir accès à la ressource alors qu'elle ne voulait plus suivre cette ordonnance. Le contraire est arrivé à l'interviewé 21 qui s'est vu refuser l'accès à une maison d'hébergement : « Ils ne me voulaient plus parce que j'avais trop de médicaments. J'avais dix ou douze médicaments. Là, ils m'ont dit qu'ils n'étaient pas une maison de convalescence. Ça fait que le nuit du 22, 23, 24 décembre, moi je les ai passé dehors ».

En faisant face à ces différentes difficultés, certaines personnes ont développé des stratégies de débrouillardise. Les services nécessaires ou désirés ne leur sont pas toujours offerts comme ils le souhaiteraient. À ce moment, plutôt que de ne pas obtenir de services, les personnes contournent certains principes ou certaines règles afin de recevoir le service désiré.

CHAPITRE V

L'ACCESSIBILITÉ ET LE QUOTIDIEN ITINÉRANT

Dans le dernier chapitre, nous avons un aperçu de ce que la vie itinérante représente pour les personnes qui la vivent, ainsi que le type de difficultés qu'elles rencontrent au quotidien. Comme nous l'avons déjà évoqué, si une partie des personnes de notre échantillon rencontre une multitude de problèmes de santé physique, de santé mentale et de toxicomanie, la majorité vit aussi une grande instabilité domiciliaire, et ce, depuis longtemps. En plus des multiples problèmes, nous avons également exploré la trajectoire en itinérance et ce qui la caractérise. Tous ces éléments ont servi à saisir comment se dessinent les difficultés dans l'utilisation des services et des ressources dans le quotidien de la vie itinérante. Dans le présent chapitre, nous reviendrons sur les modèles de Andersen et de Lombrail et les croiserons avec le discours des personnes itinérantes portant sur des questions d'accessibilité et du recours aux différents services. En plus, nous reviendrons sur notre question de recherche et nos hypothèses.

Lorsque l'on pose directement la question de l'accessibilité et du recours aux services aux personnes itinérantes, on obtient peu ou pas de réponses. Elles affirment plutôt que le Québec a l'un des meilleurs systèmes de santé. Ainsi, la question des barrières à l'accès n'était pas une priorité dans le discours des personnes interviewées. Nous avons cependant pu voir, dans le chapitre précédent, que des difficultés apparaissent dans leurs récits du quotidien et concernent la satisfaction des besoins primaires. En effet, la majorité des demandes que les personnes itinérantes font concernent majoritairement les mêmes besoins primaires, soit se loger, se nourrir, se vêtir et se soigner.

Lorsqu'une personne itinérante est confrontée à un refus de service demandé, cela aura un impact dans sa vie quotidienne. Par exemple, lorsqu'on refuse à une personne itinérante une rencontre avec un médecin pour des douleurs aux pieds, il y a des conséquences. Elle aura de la difficulté à marcher, à se rendre à la soupe populaire pour y manger. Son quotidien sera chamboulé car elle aura aussi des difficultés à se déplacer pour se trouver un endroit où dormir.

Ainsi, la question de l'accessibilité aux services se pose de manière spécifique chez les personnes itinérantes. Si les principaux services qu'elles sollicitent concernent généralement leurs besoins primaires, ces besoins sont souvent peu satisfaits et ce, depuis une plus ou moins longue période. Il y a donc un caractère d'urgence dans les demandes de ces personnes. Chaque refus, chaque difficulté, chaque complication aura un impact sur le quotidien de ces personnes. Elles vivent en quelque sorte le parcours du combattant. Pour ces personnes, tout se situe donc dans la petite chose difficile à obtenir et dans le petit refus qui, cumulés dans une journée et dans le quotidien, peuvent se traduire en une question plus large d'inaccessibilité, d'entraves et de difficultés à obtenir des réponses à des besoins primaires à travers le recours à des services et des ressources.

5.1 COMPRENDRE L'ACCESSIBILITÉ DANS LE QUOTIDIEN

La question formulée en termes d'accès aux services n'a pas été fructueuse d'un point de vue explicite. Elle l'a cependant été lors de l'analyse approfondie et détaillée des discours des personnes interviewées. C'est à cette étape que nous avons compris que la question de l'accessibilité se posait en termes de barrières à l'accès, de contraintes à l'accès, et cela selon la manière dont sont dispensés les services. La différence que nous voyons entre barrières et contraintes détermine un rapport différencié à l'accessibilité. Les barrières sont des obstacles, des conditions qui empêchent réellement l'accès. Les contraintes sont des difficultés qui n'empêchent

pas complètement l'accès aux services ou ressources, mais qui influenceront la manière dont ils seront dispensés ou reçus. Un retour sur les modèles de Lombrail et d'Andersen nous aidera à comprendre ce qui émerge de ces deux modèles théoriques et que nous formulons comme étant les barrières, la manière dont les services sont dispensés et les contraintes qui en résultent.

5.1.1 Le modèle de Lombrail, les barrières et les modèles de dispensation des services

Selon le modèle de Lombrail, la question des barrières à l'accès ne se pose que lorsqu'un service ou un organisme n'existe pas pour répondre à un besoin. Les discours des personnes interviewées vont plutôt dans ce sens: elles disent majoritairement qu'elles n'ont pas ou peu de problèmes d'accès. À Montréal, il existe une grande diversité de services destinés à la population en situation d'itinérance. Il existe aussi une panoplie de services visant les différentes populations vulnérables ou marginalisées qui répondent à divers besoins. Par exemple, il existe des centres de crise pour les personnes qui ont un problème de toxicomanie ou de santé mentale. Ces organismes, qui n'ont pas pour mission principale la problématique d'itinérance, reçoivent tout de même une partie de cette population qui a des problèmes de consommation et de dépendance. L'on notera une très grande variété de services provenant du secteur communautaire, des services de santé et services sociaux, combinés aux services dédiés aux personnes itinérantes à Montréal. Alors si l'on réfléchit à partir du modèle de Lombrail, Montréal n'aurait pas de problèmes d'accessibilité ou encore, s'ils existent, ce serait de manière très spécifique.

Le modèle de Lombrail éclaire cependant ce qui constitue les points essentiels dans la dispensation des services: l'accès à un service ou à un organisme est réalisé lorsqu'il y a continuité, coordination et globalité dans les services. Ces caractéristiques nous permettent de réfléchir à l'articulation entre les grands réseaux de services (institutionnels, communautaires et publics), ainsi que sur la manière

spécifique dont sont donnés les services au sein même d'un organisme. Ce modèle complexifie donc la question en la situant à plusieurs niveaux. Il nous apparaît important de mentionner, encore une fois, que ces réseaux de services, lorsqu'ils sont sollicités par les personnes itinérantes, doivent combler des besoins primaires non satisfaits ou satisfaits que très partiellement. L'articulation de ces niveaux devient donc importante car la personne qui en dépend est dans un contexte de survie.

5.1.2 Le modèle d'Andersen et les contraintes

Le modèle d'Andersen complète le modèle de Lombrail en ce sens qu'il insiste sur le fait que certaines caractéristiques personnelles peuvent constituer des contraintes à l'accès lors de l'utilisation des services et des ressources. On peut alors supposer que le capital social d'une personne peut être déterminant pour l'obtention d'un service. Cela signifie que les besoins, les possibilités concrètes du réseau, les caractéristiques individuelles qui influencer les conditions du recours ou la manière dont les professionnels interagiront avec cette personne.

Ce modèle permet plus particulièrement de voir, et cela dans plusieurs sens, que le quotidien de la vie itinérante est constitutif de certaines contraintes à l'utilisation ou le recours aux services et aux ressources. Dans la première thématique, celle des besoins, nous retrouvons les dimensions « capacité de fonctionner », « symptômes » et « l'état général de santé ». Comme nous l'avons vu dans la section précédente, le quotidien de la vie itinérante mène souvent à une prise de risques et à l'adoption de comportements non préventifs du point de vue de la santé physique et de la santé mentale. Le quotidien de la vie itinérante est fortement lié à la thématique des besoins. En effet, la vie quotidienne des personnes itinérantes est principalement tournée vers la **satisfaction des besoins** primaires. Les besoins seront donc plus aigus et peu satisfaits de façon régulière.

La deuxième thématique, celle des possibilités, concerne aussi le quotidien en itinérance. En effet, les dimensions « ressources familiales et communautaires » et « accès à ces ressources » permettent de mesurer l'ensemble du réseau d'une personne, son insertion et sa connaissance de celui-ci. Si la personne ne connaît pas les ressources du quartier, elle en utilisera peut-être d'autres à l'extérieur de son quartier ou elle n'en utilisera peut-être aucune.

La troisième thématique comprend les caractéristiques déterminantes dans l'utilisation ou le recours aux services. Par exemple, les dimensions « caractéristiques personnelles », ainsi que les « valeurs, croyances et attitudes » sont mises de l'avant comme aspects qui influencent l'utilisation ou le recours aux services et ressources. C'est donc dans cette catégorie que nous pourrions voir si la situation de domiciliation, en tant que caractéristique personnelle, influence l'utilisation en créant des contraintes à l'accès. Les valeurs, croyances et attitudes permettent également de comprendre le type d'utilisation que ces personnes font des services.

À Montréal, il y a une diversité de services pour combler une diversité de besoins. Malgré cette diversité, la question de l'accessibilité peut tout de même se poser. À la lumière des modèles de Lombrail et d'Andersen, l'accessibilité se pose alors en termes de barrières à l'accès, de modèle de dispensation des services et de contraintes à l'accès.

5.2 BARRIÈRES, MODÈLE DE DISPENSATION ET CONTRAINTES

Les discours des personnes interviewées pour ce mémoire ont fait mention de différents niveaux de difficultés *relativement à l'accès aux ressources et services*. Parfois, les personnes *décident elles-mêmes de ne pas avoir recours à un service car les contraintes qu'elles rencontrent sont trop importantes*. D'autres fois, les personnes *ont rencontré des barrières à l'accès en ne pouvant d'aucune façon accéder au service*

désiré. Afin de mieux comprendre ces difficultés, nous reprenons les modèles de Lombrail et d'Andersen en exposant les barrières effectives à l'accès, les modèles de dispensation des services et les contraintes à l'accès. Les deux premières thématiques, soit les barrières à l'accès et les modèles de dispensation des services font référence au modèle de Lombrail, représentant respectivement l'accès potentiel et l'accès réalisé. La dernière thématique, celle des contraintes à l'accès fait référence, quant à elle, au modèle d'Andersen. Nous mettrons en relation, dans la section suivante, le discours des personnes interviewées et ces trois thématiques.

5.2.1 Les barrières à l'accès

Dans cette section, nous nous pencherons sur ce que nous interprétons comme des barrières à l'accès. Comme nous l'avons mentionné auparavant, nous percevons les barrières comme des obstacles majeurs empêchant totalement le recours à un service.

Nous avons remarqué que les barrières à l'accès n'avaient pas une place significative dans le discours des personnes interviewées. Même si les personnes mentionnaient majoritairement qu'elles ne rencontraient peu ou pas de barrières à l'accès, nous avons quand même pu en noter quelques unes. En effet, lorsque l'interviewé 19 explique qu'il faut déboursier trois dollars pour l'accès à un certain refuge, cela constitue en soi une barrière à l'accès quand, pour une raison ou une autre, la personne n'a pas d'argent cette journée là; elle se verra tout simplement refuser l'accès à ce refuge.

Par ailleurs, le service public de prestations d'aide sociale constitue, parfois, des barrières majeures à l'accès. En effet, deux personnes interviewées ont, à un moment de leur vie, perdu le logement qu'elles occupaient car l'aide sociale qu'elle recevait a été interrompue en raison d'un long séjour à l'hôpital. L'interviewée 4 nous

explique : « Je suis tombée. Pis j'ai été hospitalisée plusieurs fois pis ça revenait. [Alors] j'ai été jeté à la rue ». L'interviewé 21 aussi a vécu une expérience similaire alors qu'il était à l'hôpital. Il explique :

[...] Le propriétaire avait tout mis dehors, dans le corridor. C'était le choc, parce que là, j'étais à l'hôpital, sur mon lit d'hôpital. J'étais sur calmant, sur le démérol, 60 milligrammes ou 70 milligrammes. C'est assez fort merci. Et, j'ai demandé au médecin si je pouvais m'en aller pour mettre mon stock à quelque part. Puis, normalement, ils ne le font pas. À moi, ils l'ont fait. Parce que je lui ai dit que mon stock, je risquais de me le faire voler, c'était tout ce qui me restait. Normalement, ils ne le font pas parce qu'ils sont pas responsables si vous perdez votre stock. Fait que là, je me suis retrouvé dans la rue.

Les services d'Aide sociale arrêtent donc les versements qu'ils font pour les personnes qui font un séjour prolongé à l'hôpital. Conséquemment, l'interviewé 21 a perdu plus d'une fois son logement. Il nous dit : « Je ne pouvais plus le payer. Le temps que j'étais à l'hôpital, l'aide sociale, il sait qu'on mange ».

Ces exemples démontrent donc des barrières à l'accès, mais pas au sens où Lombrail l'explique. Pour ce dernier, une barrière à l'accès de services survient lorsque le service désiré n'existe pas. À Montréal, comme nous l'avons mentionné auparavant, il y a une grande diversité de services visant à desservir la population itinérante. Cependant, il manque souvent de financement pour que ces organismes puissent survivre et fonctionner. Si l'on peut formuler une critique sur les barrières à l'accès dans le sens de Lombrail, c'est qu'on constate que très peu de services sont disponibles pour les personnes qui ont de multiples problèmes. En effet, les services tendent à ne vouloir traiter qu'une problématique à la fois. Par exemple, certains organismes n'oeuvrent qu'avec les personnes toxicomanes, d'autres qu'avec les personnes qui ont des troubles graves de santé mentale. Dans un autre ordre d'idée, au niveau institutionnel, les CHSLD n'accueillent que des personnes ayant une adresse. Donc, si une personne itinérante a terminé son séjour à l'hôpital, mais a encore besoin d'un endroit pour se rétablir, les CHSLD ne peuvent l'accueillir.

On peut donc affirmer que deux types de barrières à l'accès sont présentes dans les entretiens. Premièrement, au sens où Lombrail l'explique, des services sont manquants afin de desservir des personnes itinérantes avec de multiples problèmes. Ensuite, des barrières à l'accès sont également expérimentées par les personnes itinérantes en tant qu'obstacles majeurs les empêchant de recevoir le service demandé.

5.2.2 Les modèles de dispensation des services

Le problème dans les modèles de dispensation des services se trouve, chez Lombrail, dans la dimension de l'accès réalisée. Dans ce modèle, même s'il y a une première entrée dans un organisme ou dans un service, si la manière dont se déroule le service est négative, l'on ne pourra pas parler d'accès réalisé. L'accès ne se résume donc pas à une question d'entrée concrète ou de non-entrée dans un service, mais suppose également d'autres étapes. S'il n'y a pas continuité, coordination et globalité, on ne peut parler d'accessibilité au sens où Lombrail l'entend.

Étrangement, la question des modèles de dispensation des services telle que ressortie dans les entretiens touchait d'abord et avant tout les services de santé. En fait, c'était surtout dans la dispensation des services de santé que les personnes interviewées ont dit vivre des situations de discrimination et de préjugés, donc de non-globalité de l'accès au sens de Lombrail. Dans le chapitre précédent, l'interviewé 5 mentionnait que, pour lui, le fait d'être sans-domicile fixe a altéré la qualité des soins qu'il a reçus. L'interviewé 7 a mentionné qu'il a vécu de la discrimination de la part des professionnels de la santé à cause d'un diagnostic de « borderline ». Nous avons également évoqué les commentaires des personnes toxicomanes qui se disaient victimes de préjugés dans les situations qui impliquaient l'obtention de médicaments. En effet, les interviewés 6, 10 et 14 ont vécu des situations où les médicaments leur ont été refusés alors que dans la même situation, une personne non-toxicomane en

aurait eus. Dans ces exemples, la continuité, la coordination et la globalité sont ainsi remises en question dans la façon dont ont été dispensés les services.

Certaines fois, les personnes interviewées se sont vues refuser le service demandé. Toutefois, d'autres options leurs ont été offertes. Par exemple, certains interviewés ont indiqué avoir des difficultés à entrer dans le centre de désintoxication qu'ils souhaitaient. Lorsqu'elles se présentaient directement aux services de désintoxication, on les retournait chez elles en raison des listes d'attentes et des procédures à suivre. Le modèle de dispensation de ces services ne convenait généralement pas aux personnes interviewées. Soit ces personnes voulaient entrer immédiatement et cela n'était pas possible pour l'organisme car cela nécessitait une planification; soit, elles passaient par l'entremise d'un infirmier ou d'un médecin qui ne les dirigeait pas vers le centre demandé, mais vers un autre.

Les modèles de dispensation des services conditionnent ce qui se déroulera ou ne se déroulera pas par la suite. Le modèle de dispensation ou la façon dont se dérouleront les services, rendra concrète la présence de barrières ou de contraintes à l'accès dans certaines situations. En effet, si tout se déroule correctement pour les deux parties (professionnels et personnes itinérantes), il y aura un accès réalisé, au sens de Lombrail. Cependant, si la manière dont le service est dispensé n'est pas adéquate pour les personnes itinérantes, des difficultés d'accès surviendront. Dans le cas de l'Aide sociale, les personnes qui reçoivent des prestations mais qui ont recours à certains autres services (par exemple, un séjour à l'hôpital de longue durée) verront leurs prestations coupées. Dans ces situations, ce modèle de dispensation présente donc des barrières à l'accès. Par ailleurs, des contraintes à l'accès peuvent également survenir lorsque le modèle de dispensation ne convient pas. Le cas des préjugés et de la discrimination que les personnes interviewées ont dit vivre, lorsqu'elles avaient recours à certains services de santé, illustre bien cela.

5.2.3 Les contraintes à l'accès

Les contraintes vécues par les personnes interviewées surviennent au moment où la personne est à l'intérieur de la ressource et qu'elle choisit de quitter le service. Ces contraintes concernent autant un organisme communautaire que les services de santé. Elles proviennent généralement de règlements mis en place pour assurer une cohésion entre les gens, une propreté du lieu ou tout simplement pour mieux gérer l'endroit. Ces règles, non dérangeantes pour certains le sont pour d'autres. En refusant d'utiliser un service, les personnes itinérantes en assument toute la responsabilité. Il est ainsi beaucoup plus difficile d'interpréter ces situations comme des contraintes à l'accès et beaucoup plus facile de les traduire en termes de refus de coopérer de la part des personnes. En effet, plusieurs tendent à penser qu'en moment d'urgence, une personne itinérante n'est pas en mesure de pouvoir choisir et qu'elle devrait prendre ce qu'on lui offre. Si effectivement, le caractère d'urgence est toujours présent dans les demandes que font les personnes itinérantes, la présence de contraintes signifie peut-être que ce qui prime sur les valeurs, les croyances et les attitudes de ces personnes, ce qui prend le pas sur leurs besoins, ce sont les règles et les attentes administratives.

Si l'on se fie au modèle d'Andersen, l'on peut comprendre que les contraintes surviennent principalement en liaison avec des prédispositions telles les valeurs, les croyances et les attitudes⁴. Ces prédispositions pousseraient les gens à refuser un service car ce service ne correspondrait pas à leurs valeurs, leurs croyances et leurs attitudes. Comme nous avons tenté de le démontrer, l'accessibilité aux services et ressources chez les personnes itinérantes concerne principalement les contraintes que ces personnes rencontrent au quotidien. Le problème de l'accessibilité pour ces personnes se trouve davantage dans l'offre. Les difficultés sont donc exprimées lors

⁴Même si ces contraintes peuvent également provenir des autres dimensions du modèle, tels les besoins et les possibilités.

du recours ou de l'utilisation des services. En effet, après l'analyse de leur discours, l'on se rend compte que, lorsque les modèles de dispensation ne conviennent pas, ils entraînent des barrières ou des contraintes.

D'une autre façon, on pourrait dire que lorsqu'il y a barrières ou contraintes à l'accès, cela provient du fait que les personnes n'utilisent pas les services adéquatement. Par exemple, lorsqu'une personne veut être admise dans un centre de désintoxication, elle ne peut se présenter un lundi matin sans en avoir fait la demande auparavant et exiger de recevoir les services qu'elle désire. Si, en plus, cette personne désire faire appel aux services publics (un endroit où il n'y a pas de frais plutôt qu'un endroit privé dont les frais sont parfois assez élevés), il se peut qu'elle ne puisse choisir l'endroit de sa cure et elle sera dirigée vers un endroit où il y a des places disponibles. En ce qui a trait aux services d'urgence, lors des longues heures d'attentes, les personnes itinérantes ont souvent tendance à s'endormir, et cela, principalement en raison des conditions de vie en itinérance (sommeil difficile en refuge ou dans la rue, etc.). Malgré cela, prendre plusieurs bancs pour s'étendre et dormir dérange plusieurs intervenants, professionnels et autres patients.

Cela nous aide donc à comprendre les stratégies de débrouillardise. Parfois, ce qui est vu comme de la manipulation ou des mensonges ne sont que la volonté de combler des besoins primaires. Ou plutôt, ce sont des stratégies de débrouillardise pour combler ce que la contrainte ou la barrière vécue a empêché. Mais est-ce que la personne itinérante est victime d'une dispensation des services inadéquate? Ou est-ce elle qui ne réussit pas à intégrer le système et avoir le comportement que l'on attend d'elle?

5.3 RETOUR SUR LA QUESTION DE RECHERCHE ET NOS HYPOTHÈSES

Notre question de recherche était donc double. Nous voulions d'abord savoir ce que disaient les personnes itinérantes de l'utilisation qu'elles font des différents services. Nous voulions également savoir comment elles qualifiaient leur trajectoire ou leurs situations d'itinérance. Nous avons, en plus, trois hypothèses sur les discours tenus par les personnes itinérantes interviewées.

Premièrement, nous affirmions que le discours des personnes itinérantes à propos de l'utilisation des services de santé et services communautaires allait faire référence à des barrières (lorsqu'elles utilisent des services). Ensuite, nous affirmions que les personnes itinérantes utiliseraient les services de différentes façons et qu'elles ne percevraient pas cela comme étant « inadéquat ». Finalement, nous croyions que la façon dont une personne itinérante utilisait les services serait marquée par sa situation dans l'itinérance (domiciliation et quotidien en itinérance).

5.3.1 La question de recherche

D'abord, concernant le premier volet de notre question de recherche, les personnes itinérantes ont commenté de plusieurs façons leur utilisation des services. En effet, certaines ont décrit des stratégies de débrouillardise pour obtenir des services qu'on leur refusait alors que d'autres ont plutôt mentionné les impacts de l'utilisation ou non d'un service sur leur quotidien. Comme les entrevues utilisées étaient de source secondaire, (celles-ci ayant été faites pour une autre recherche plus large sur la santé), la question du « comment qualifier l'utilisation » n'était pas directement posée. Il n'y a donc pas eu de questions directes ni de réponses directes. La codification et l'analyse ont cependant permis de voir cela sous un autre angle.

En analysant ce que ces personnes avaient à dire sur les services en général, nous avons exploré les représentations sociales des services qui leurs sont offerts. Beaucoup ont donc parlé de leur interaction au quotidien avec les services institutionnels et communautaires. Certaines personnes ont mentionné à quels organismes ou services elles avaient recours ou non et pourquoi. D'autres personnes ont évoqué ce qui leur plaisait ou déplaisait dans les organismes ou services utilisés. C'est en nous concentrant sur ces commentaires que nous avons pu déceler des difficultés au quotidien (contraintes et/ou barrières à l'accès) et que nous avons surtout pu déceler des stratégies de débrouillardise.

En ce qui concerne le deuxième volet de notre question, les trajectoires en itinérance et le lien avec l'utilisation et l'accessibilité, nous avons vu que les conditions différenciées dans l'itinérance affectent de manière certaine, la façon dont les services seront utilisés. Nous avons également pu démontrer que les personnes composant notre échantillon vivent des situations de domiciliation et un quotidien en itinérance particulièrement marqués par de l'instabilité, la non-satisfaction des besoins primaires et par des besoins multiples en matière de santé (physique, mentale et toxicomanie). Ces caractéristiques personnelles, expliquées par le modèle Andersen, influencent, de façon négative, les conditions de l'utilisation d'un service. Ces caractéristiques personnelles semblent donc jouer en leur défaveur. Les personnes de notre échantillon se sont elles-mêmes définies comme étant marquées par leurs multiples problèmes et elles ont parlé de leurs situations de domiciliation quasi toutes de la même façon : l'itinérance est une situation temporaire, instable, marquée par des périodes dans la rue et dans les refuges, de même que par la volonté d'avoir un chez-soi, alternant entre des périodes où elles vivent en chambre, en colocation et en appartement.

Notre question de recherche, s'est donc avérée pertinente et l'on peut même y répondre de deux façons. Premièrement et de façon directe, les personnes itinérantes

expliquent qu'elles utilisent souvent certains services de manière détournée pour combler des besoins. C'est ce que nous avons appelé des stratégies de débrouillardise. Par exemple, certaines personnes vont à l'urgence des hôpitaux pour se reposer la nuit, d'autres se disent dépressives ce qui leur permet de séjourner dans une chambre pour un séjour à plus long terme. Deuxièmement et de façon indirecte, les personnes itinérantes ne semblent pas qualifier ces stratégies d'utilisation inadéquate. Lorsqu'une de ces personnes explique pourquoi elle est restée une nuit dans une salle d'attente, faisant semblant d'être malade, elle dit tout simplement qu'elle avait froid et qu'elle voulait se réchauffer. La personne qui s'est déclarée dépressive explique, à son tour, qu'elle était vraiment dépressive : elle s'est juste dit un peu plus dépressive qu'elle ne l'était en réalité. N'ayant pas reçu de soins plus tôt, venant de perdre son logement et étant dans la rue durant le temps de Noël, elle a amplifié son récit. Dans les deux cas ces personnes disaient, d'une certaine façon : « que vouliez vous que l'on fasse? Nous n'avions pas le choix ».

5.3.2 Nos hypothèses

Première hypothèse

Pour comprendre comment analyser la problématique de l'accessibilité nous avons utilisé les modèles proposés par Lombrail (2000) et celui d'Andersen (1995). Nous avons démontré que les discours des personnes itinérantes présentaient, selon les modèles de dispensation des services, des barrières à l'accès et des contraintes à l'accès. Cela va dans le sens de notre première hypothèse qui affirmait qu'il y aurait présence de barrières à l'accessibilité dans le discours des personnes itinérantes. Premièrement, nous avons même pu voir que deux types de barrière à l'accès existent : celle qui empêche définitivement l'accès donc ne permet aucune utilisation. Par exemple, la non-accessibilité aux prestations d'aide sociale, alors qu'une personne fait un long séjour à l'hôpital. Nous avons également pu voir un autre type de barrière, celle définie par Lombrail et qui suppose que des barrières à l'accès

apparaissent lorsqu'un service n'existe pas. Dans ce contexte nous avons parlé de l'absence de services pour les personnes qui ont de multiples problèmes.

En ajout à cette hypothèse sur les barrières à l'accès, nous avons dit, dans la section 2.1.3, que la nature des barrières serait organisationnelle et sociale. Dans le discours des personnes interviewées, on a pu constater l'existence de barrières organisationnelles et sociales⁵. Nous croyons cependant qu'elles ne sont pas juste comprises en tant que barrières à l'accès, mais peuvent également être des contraintes à l'accès. Avec le modèle d'Andersen, nous avons vu que des besoins, des possibilités et des prédispositions peuvent influencer l'utilisation ou le recours à un service. Dans ces cas, les problèmes d'accessibilité apparaissant à la suite d'une entrée dans le service. Dans certains cas, la personne pouvait entrer dans le service, mais choisissait de ne pas le faire car celui-ci ne correspondait pas à ses valeurs, croyances et attitudes. Dans la majorité des cas, la personne entrait et restait dans le service, mais elle éprouvait des difficultés continues car il n'était pas dispensé selon ses valeurs, croyances et attitudes.

Deuxième hypothèse

Notre deuxième hypothèse voulait que les personnes itinérantes aient plusieurs façons d'utiliser les services et ne percevaient pas cela comme étant inadéquat. Effectivement, les personnes interviewées ont une diversité de stratégies de débrouillardise qui leur permet d'obtenir les services demandés. Leur façon d'utiliser les services ne peut donc pas être inadéquate. Cependant, pour comprendre le sens que peut prendre « une utilisation inadéquate » nous avons appuyé nos propos sur un texte de Béland (1994) et sur la théorie de la disciplinarisation de Foucault.

⁵ Les barrières organisationnelles concernent la structure en place dans un service ou un organisme. Les barrières sociales concernent les préjugés et autres obstacles personnels vécus par les personnes itinérantes.

Pour Béland, l'utilisation d'un service se fait selon les besoins de la personne qui les utilise et est approuvée par les professionnels et la communauté. Or, dans le cas des personnes itinérantes, nous avons vu que leurs besoins sont dramatiquement différents de ceux de la majorité de la population domiciliée. Les besoins primaires apparaissent dans l'urgence et ils ne sont généralement pas satisfaits de façon régulière, et ce, depuis un certain laps de temps. Si ces besoins sont dramatiquement différents des besoins du reste de la population, il est aisé de comprendre pourquoi il peut y avoir incompréhension de la part des professionnels, et de la population. Premièrement, une partie importante des gens domiciliés n'a pas recours aux services que la population itinérante utilise. En effet, les besoins primaires (se loger, se nourrir et se vêtir) ont priorité chez les domiciliés et ils sont généralement satisfaits en premier. Il peut alors être difficile pour ces derniers de comprendre pourquoi les personnes itinérantes doivent recourir à des services d'urgence de façon fréquente pour combler leurs besoins primaires. Une incompréhension de cette utilisation survient donc parfois chez les professionnels et la population domiciliée qui n'utilisent donc pas les services comme les personnes itinérantes. Ainsi, on peut comprendre pourquoi il y a normativité dans le regard sur l'utilisation des services et des organismes.

En ce qui a trait à Foucault, nous avons présenté dans le premier chapitre, ses travaux sur la thématique du pouvoir sur la vie en tant que pouvoir disciplinaire (anatomo-pouvoir) et le bio-pouvoir. Nous cherchions à comprendre si cela peut nous permettre de comprendre la situation des personnes itinérantes au regard de l'utilisation des services et organismes à Montréal.

Le pouvoir disciplinaire doit se comprendre en deux sens; le contrôle de l'individu (selon quatre techniques) et le dressage des corps (impliquant trois instruments). L'idée du contrôle de l'individu peut certainement s'appliquer à notre objet de recherche. Comme nous avons vu dans le premier chapitre, ce contrôle se fait

d'abord par la répartition des individus dans l'espace. Au sein des villes, les personnes itinérantes, à cause de leur conditions d'existence (chariot, sac à dos avec sac de couchage, apparence, etc.), savent très bien où elles peuvent aller et où ne pas aller. Comme le mentionnait une interviewée, son chariot l'empêche de boire un café sur terrasse. Vient ensuite le contrôle des activités, caractérisé par un contrôle de l'emploi du temps. Contrairement à une idée largement répandue, les journées des personnes itinérantes sont souvent bien remplies. Elles doivent se lever tôt le matin (6h00); ce sont les règles d'usage des refuges. Ensuite, elles doivent planifier leur journée en fonction de leur recherche de nourriture, d'un toit pour la nuit suivante et des autres obligations qu'elles pensent avoir (rencontre avec un travailleur social, etc.). Finalement, vient l'organisation hiérarchique des personnes et la volonté de rendre les corps dociles. Le quotidien des personnes itinérantes qui utilisent les services est soumis à de nombreuses règles. Comme nous l'avons démontré, elles voient des nombreuses contraintes à l'accès aux dits services. Elles savent donc ce que l'on attend d'elles pour assurer le bon fonctionnement du service. Il y a des règles à suivre et elles les suivent la majorité du temps. Cependant, il y a parfois des résistances et c'est alors que des stratégies de contournement apparaissent.

Le dressage des corps peut, lui aussi, s'appliquer à notre objet d'étude. Le premier des trois instruments développés par Foucault est la surveillance hiérarchique. Sans aborder la structure en tant que telle, l'organisation spatiale des villes a des façons d'assigner les personnes marginalisées à des endroits spécifiques. Nous pensons ici, entre autres, à la transformation des « places publiques » en parc, endroits dans lesquels plus personne ne peut circuler après 23h00, empêchant ainsi les gens d'y dormir. Le deuxième instrument dont parle Foucault est la sanction. La sanction est très bien illustrée dans ce mémoire à travers les diverses difficultés d'accès rencontrées par les personnes interviewées (barrières et contraintes à l'accès). Finalement, le dernier instrument proposé par Foucault est l'examen. Bien que les personnes en aient très peu parlé dans les entretiens, que ce soit au moment d'entrer

dans un refuge ou de recevoir un quelconque services institutionnels (services médicaux, aide-sociale, etc), les personnes doivent remplir un questionnaire. Dans les ressources communautaires, ces questionnaires servent parfois à circonscrire les limites d'utilisation d'un service, en plus d'amasser des informations pertinentes sur la personne. Dans les services institutionnels, les questionnaires ont diverses fonctions, mais servent tous à constituer un dossier sur la personne concernée. Dans toutes les situations, des traces sur papier sont laissées et la personne devient alors connue de plusieurs services.

Au delà de ce contrôle de l'individu et du dressage des corps qui réussissent à créer un pouvoir quasi permanent sur la totalité des corps, la société normalisatrice (bio-pouvoir) poussent les personnes à utiliser les services d'une façon qui ne semble pas toujours leur convenir. En effet, selon certains auteurs, certaines personnes itinérantes utilisent mal les services et les organismes. On pourrait alors penser qu'il n'est pas possible pour les personnes itinérantes de s'insérer dans un dispositif de pouvoir. Les stratégies de débrouillardise peuvent servir d'exemples de ce qui est qualifié de «mauvaise» utilisation. Avec ces stratégies, ces personnes ont démontré qu'elles s'écartaient de la normativité des comportements que l'on trouve chez la population utilisatrice des services et des organismes. Les personnes itinérantes tentaient donc de déjouer les dispositifs du pouvoir et de faire comme bon leur semble. C'est là qu'elles ont expérimenté des difficultés à l'accès.

Cependant, peut-être les dépeignons-nous comme ne s'insérant pas dans un dispositif du pouvoir, alors qu'elles s'y insèrent à leur façon? En fait, un paradoxe apparaît face à l'utilisation «inadéquate» des services: elles savent peut-être trop bien comment utiliser ces services et le dispositif, quant à lui, ne sait comment réagir face à ces «ruses». **Il les rejette, même si ces personnes ne veulent qu'obtenir des réponses à leurs besoins primaires et ce, d'une façon différente.**

Les personnes itinérantes, dans leurs interactions quotidiennes avec les services et organismes, sont confrontées à la normativité imposée au moment de l'utilisation des services. Cette normativité, cette « bonne » façon d'utiliser les services, ne fait pas partie de leur quotidien et ne leur convient pas toujours. Cela peut expliquer pourquoi, ces personnes utilisent les services différemment. Cela renvoie à la question du rapport entre leurs valeurs, croyances et attitudes qui diffèrent de celle contenues dans la normativité. Les questions d'accès, de contraintes et de stratégies de débrouillardise ne sont donc pas tant liées à l'offre de services, qu'aux conditions de cette offre de services. Nous avons pu voir que certaines personnes refusaient les conditions de l'offre. En refusant les services, il est possible d'affirmer que ces personnes ne veulent pas entrer dans un dispositif du pouvoir. Mais le paradoxe est qu'elles veulent y entrer. Pour ce faire, elles ont recours à des stratégies « autres », que nous avons qualifiées de débrouillardise. On peut donc penser et soutenir que la normativité imposée dans l'utilisation des services et des organismes ne leur convient pas toujours.

Lorsque Foucault parle des relations de pouvoir, du dispositif, de circuit disciplinaire et de normativité, il parle également des formes de résistance qui émergent face au dit pouvoir ou à la normativité. La résistance est surtout présentée sous forme de lutte face à quelque chose ou à quelqu'un. Et cette résistance concerne un pouvoir qui « s'exerce sur la vie quotidienne immédiate, qui classe les individus en catégories, les désigne par leur individualité propre, les attache à leur identité, leur impose une loi de vérité qu'il leur faut reconnaître » (Dreyfus et Rabinow, 1984 : 302). On peut prétendre que les personnes itinérantes présentent des formes de résistance à travers l'utilisation qu'elles font des services. Ces personnes sont présentes dans le dispositif mais d'une certaine façon, c'est cette façon qui s'éloigne de ce que la normativité attend d'elles. Il n'y a donc pas un refus global d'entrer dans la relation de pouvoir, mais ce qui se pose, c'est la question des conditions qui souvent ne leur conviennent pas. Cela dit, elles ne se retirent pas totalement du

service ou de l'organisme car elles doivent satisfaire le besoin qui les a poussées à avoir recours à un service ou à un organisme. Elles y restent donc à leur façon. Si « l'exercice du pouvoir consiste à "conduire des conduites" et à aménager la probabilité » (Foucault, 1976 : 314), l'on peut comprendre en quoi tout écart dans l'utilisation peut être très mal perçu et pourquoi tant d'obstacles apparaissent et découragent les personnes itinérantes; plusieurs décident alors, de leur propre gré, de ne pas utiliser les services.

Troisième hypothèse

La troisième hypothèse se trouve également appuyée par nos données. La façon dont une personne itinérante utilise les services est effectivement marquée par sa condition de vie dans l'itinérance. Par exemple, par rapport aux moyens financiers, certaines personnes, lorsqu'elles ont l'argent ne vont pas dans les refuges; lorsqu'elles sont en couple, elles ne vont pas non plus dormir dans un refuge. Elles tentent plutôt de trouver une place dans une maison de chambre. Pour d'autres, l'absence de ressources financières s'est traduite par une vie dans la rue qui mène à une plus grande prise de risques, évaluée par les personnes interviewées, comme apportant sont lot de conséquences négatives (séjours à l'hôpital, problèmes de santé chroniques, etc.). De plus, les personnes se sont majoritairement décrites comme ayant de multiples problèmes (toxicomanie, problèmes de santé physique et/ou de santé mentale). Ceux-ci, combinés à la vie dans la rue, augmente le recours aux services et organismes. Nous pouvons donc dire que la condition dans l'itinérance affecte grandement la façon dont les services sont utilisés.

CONCLUSION

Si la problématique de l'itinérance est extrêmement complexe, celle de la dispensation des services auprès de cette population l'est tout autant. Dans le contexte québécois, très peu de recherches ont documenté le lien entre services et problématique de l'itinérance. La présente recherche visait donc principalement à mieux comprendre cet aspect du phénomène en lien avec la situation de domiciliation. Nous avons surtout exploré, dans un contexte où les services ne requièrent pas ou peu de frais directs, comment la question de l'accessibilité aux services pouvait se poser pour les personnes itinérantes, et si l'on observait une utilisation adéquate ou non des services. Les discours des personnes nous ont permis de saisir comment elles parlaient de leur utilisation des services et de leurs trajectoires en itinérance.

La question de l'accessibilité pour les personnes itinérantes concerne donc, d'abord et avant tout, la question des contraintes rencontrées. Les contraintes ont été exposées par les personnes comme des obstacles mineurs qu'elles rencontraient continuellement dans leur trajectoire quotidienne. Les barrières, pour leur part, ont été présentées comme des obstacles majeurs empêchant complètement le recours à un service ou à un organisme. Même si elles étaient présentes, elles l'étaient moins que les contraintes à l'accès. La problématique de l'accessibilité⁶, pour les personnes itinérantes, ne s'est généralement pas trouvée au niveau de l'offre, de la disponibilité, mais plutôt au niveau de l'utilisation et du recours aux services et organismes, donc dans les conditions de l'offre. Ce qui ressort de manière importante dans les discours est que les difficultés d'accès se situent à différents niveaux, et sont quotidiennement vécues à travers les interactions avec les divers services.

⁶La problématique de l'accessibilité se présente par des barrières et des contraintes vécues.

Dans le discours des personnes interviewées, l'idée d'une « mauvaise » utilisation ou d'une utilisation inadéquate des services n'est pas ressortie. Celles-ci ont surtout évoqué l'idée du recours aux services pour satisfaire un besoin précis, et très souvent un besoin primaire. Il nous est donc apparu qu'il existe un écart dans les interprétations du recours aux services. D'une part, un discours qui qualifie de « mauvaise utilisation »; de l'autre, un discours qui traduit l'incompréhension entre besoin primaire tel que vécu par la personne et la réponse apportée par le service. Les personnes itinérantes ont surtout été dans une position où elles apparaissaient être les responsables de cette « mauvaise » façon d'utiliser les services. En fait, les comportements et les attitudes des personnes au moment de l'utilisation des services, ne sont certes pas toujours adéquats au regard de la normativité sociale et des attentes sociales.

Avec Foucault, nous avons aussi pu voir le paradoxe auquel sont confrontées les personnes itinérantes dans leur utilisation des services. En effet, dans plusieurs situations elles ne semblent pas adopter les modalités d'utilisation que l'on attendait d'elles, ce qui fait en sorte de créer des difficultés d'accès. Cependant, dans d'autres situations elles savent tellement bien comment s'insérer dans un type de services, qu'elles déjouent l'organisation des services pour les utiliser comme elles l'entendent. S'il ne nous semble pas que l'on puisse vraiment parler d'une utilisation inadéquate des services, l'on peut cependant parler de conditions de l'offre des services comme étant parfois inadéquate pour quelqu'un qui vit quotidiennement en situation d'itinérance.

Afin de mieux comprendre les difficultés rencontrées, nous avons relevé une multitude de situations quotidiennes qui nous apparaissaient comme étant des situations difficiles, mais intériorisées par les personnes itinérantes. Ces personnes prennent sur elles le blâme de la non-utilisation d'un service, ne percevant pas la situation comme étant des barrières à l'accès. Pour elles, ces situations semblaient

plutôt s'appuyer sur des choix et des goûts personnels. Ces situations, nous les avons interprétées comme étant des barrières et des contraintes à l'accès.

Afin de mieux comprendre comment étaient dispensés les services et comment apparaissaient les barrières et les contraintes à l'accès, nous avons utilisé les modèles de Lombrail et d'Andersen. Ces deux modèles concernent uniquement la dispensation des services de santé, mais nous les avons également appliqués au contexte des services communautaires. Le modèle Andersen nous a permis de comprendre que des caractéristiques personnelles des personnes itinérantes peuvent influencer l'utilisation des services autant que l'attitude des professionnels (dans l'institutionnel et dans le communautaire) avec qui elles interagissent. Le modèle Lombrail nous a permis de comprendre les formes de dispensation des services et la manière dont cela se déroulait, en plus de pouvoir identifier des barrières à l'accès. Nous avons également pu voir que les personnes itinérantes ont concrètement accès aux services et qu'elles réussissent très souvent à recevoir une partie du service demandé. Cela dit, lorsqu'elles sont admises dans un service, elles expérimentent des contraintes à l'accès et celles-ci sont généralement en lien avec la condition dans l'itinérance. La situation d'itinérance influencera donc l'utilisation des services que font les personnes itinérantes.

Dans ce mémoire, nous avons aussi voulu mettre de l'avant ce que les personnes itinérantes avaient à dire d'elles-mêmes. La majorité d'entre elles ne se sont pas présentées comme itinérantes, mais préfèrent plutôt se dire sans-domicile fixe. La vie itinérante apparaît souvent comme étant indicatrice d'une trajectoire qui ne laisse guère de place au repos. Leur quête de services apparaît comme étant celle d'une personne combattante qui fera tout pour recevoir le service dont elle juge avoir besoin, des personnes combattantes qui doivent affronter des contraintes pour satisfaire leurs besoins primaires : se loger, se nourrir et se vêtir; besoins qui ne sont plus satisfaits régulièrement depuis longtemps.

La question de « l'accessibilité » pour les personnes itinérantes concerne les diverses difficultés d'accès qu'elles rencontrent au quotidien dans l'utilisation des services. Ces difficultés, de nature différente, ont été illustrées par les personnes comme des obstacles mineurs ou majeurs qu'elles rencontrent dans leur vie quotidienne. Par exemple, les contraintes vécues renvoient au besoin de vivre une intimité et une sexualité, d'assurer une hygiène corporelle et d'avoir ses propres vêtements. Les quelques règles auxquelles elles doivent s'adapter et se soumettre touchent des gestes et des choses si intimes et personnelles qu'y renoncer est parfois, pour elles, un autre dépouillement. Cependant, il semble que nous soyons confrontés à des logiques d'offre et d'utilisation différentes et qui ne s'arriment pas entre elles parce qu'elles se situent à des niveaux différents. À titre d'exemple, la personne qui désire dormir dans ses propres vêtements peut sentir qu'on la brime lorsqu'on lui impose de dormir avec un pyjama fourni par la ressource. D'un autre côté, ce règlement peut être important afin de préserver une bonne hygiène des lieux utilisés par plusieurs personnes et d'éviter des contaminations ou des maladies.

La problématique de l'accessibilité pour les personnes itinérantes, avec les contraintes ou barrières qui en découlent, se trouve davantage dans les conditions de l'offre que dans l'offre globale. Les discours de ces personnes témoignent donc des difficultés rencontrées quotidiennement dans leurs interactions avec les divers services utilisés. Ces discours témoignent aussi des logiques d'offre et d'utilisation différentes qui, une fois confrontées à d'autres façons d'utiliser les services, peuvent entraîner des contraintes ou des barrières à l'accès. D'un autre côté, la renonciation à certains besoins primaires empêche parfois les personnes itinérantes d'utiliser certains services, mais de leur point de vue, cela leur permet de garder une certaine dignité.

APPENDICE A

FORMULE DE CONSENTEMENT

Représentations du risque et de la maladie (vih/sida) chez les personnes itinérantes Construction identitaire et représentations de la maladie chez les personnes itinérantes

PROJET DE RECHERCHE DU COLLECTIF DE RECHERCHE SUR L'ITINÉRANCE, LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE

J'accepte d'apporter volontairement ma collaboration au projet de recherche sur les *Représentations du risque et de la maladie (VIH/sida) chez les personnes itinérantes* et *Construction identitaire et représentations de la maladie chez les personnes itinérantes*, du Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI). Ce projet est sous la responsabilité de Madame Shirley ROY, professeure au département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal et de Monsieur Roch HURTUBISE, professeur au département de service social de l'Université de Sherbrooke. Je suis au courant que la recherche a pour objectif général de faire avancer les connaissances et en particulier, de permettre de mieux comprendre les liens entre les conditions de vie des personnes itinérantes et leurs perceptions de la santé, de la prévention, du risque, de la maladie et du VIH/sida. Par ailleurs, sur le plan de l'accessibilité, il vise à favoriser l'amélioration des services. Les objectifs, les procédures et les implications de ce projet de recherche m'ont été clairement expliqués par :

_____.

Je comprends que ma participation à ce projet comporte :

- une entrevue d'environ une heure et demie qui sera enregistrée;
- un court questionnaire à remplir à la fin de l'entrevue.

En dédommagement du temps qu'implique ma participation à la recherche, je recevrai la somme de \$ 15 (quinze dollars).

L'entrevue abordera les thèmes suivants : être en santé, être malade, qu'est-ce que cela veut dire pour vous, dans votre vie; est-ce que c'est important de se garder en santé ? est-ce que c'est difficile ? la santé au quotidien quand on est sans-domicile

fixe, les services de santé, l'itinérance, le VIH/Sida. Au cours de l'entrevue, certains sujets peuvent être embarrassants, difficiles. Toutes les précautions sont prises pour réduire l'impact négatif que pourrait avoir l'entrevue. J'accepte de participer à cette recherche sachant que je peux refuser d'aborder certaines questions et que je peux me retirer, en tout temps, sans préjudice et pour des motifs dont je serai le seul juge.

Il est convenu que les renseignements contenus dans l'entrevue et dans le court questionnaire pourront être utilisés par les responsables de la recherche aux seules fins énoncées dans le présent projet et, à la condition que la diffusion des résultats de cette recherche ne comporte pas d'éléments de nature confidentielle qui permettraient que l'on m'identifie.

Mon retrait du projet impliquerait que les renseignements que j'ai fournis seraient alors détruits.

Signé à Montréal en duplicata, ce

(participant)

(chercheure)

Adresse:
Téléphone:
3000 p. 3705

Département: Sociologie
Téléphone: (514) 987-

APPENDICE B

GRILLE D'ENTRETIEN

PRÉSENTATION DU PROJET

Bonjour,

Je travaille à l'Université, à l'UQAM, en sociologie avec le Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale.

Nous commençons une étude pour mieux connaître ce que représente la santé et la maladie dans l'univers de l'itinérance. Pour aller chercher cette information-là, nous voulons faire des entrevues avec des personnes qui sont itinérantes aujourd'hui **ou** qui l'ont été par le passé **ou** encore des gens qui fréquentent des ressources du réseau pour personnes itinérantes. Nous pensons que ce sont ces personnes-là qui sont les mieux placées pour nous parler de ces questions.

Être en santé, être malade? qu'est-ce que ça veut dire pour vous, dans votre vie, quelle place ces questions-là prennent-elles dans votre vie? est-ce que c'est important de se garder en santé? Est-ce que c'est difficile? Comment ça se passe?

L'entrevue dure environ 1h30. Elle sera enregistrée.

Ce que vous me dites est strictement confidentiel. Je m'engage à respecter le principe de l'anonymat. Les noms seront changés ainsi que tout ce qui pourrait vous faire reconnaître.

Votre participation à la recherche est volontaire, c'est votre libre choix. Il n'y a pas de bonnes et de mauvaises réponses ; si un sujet vous embarrasse, ou que vous ne voulez pas ou ne pouvez pas parler de certaines choses, je respecterai votre choix. Nous pouvons arrêter l'entrevue avant d'avoir terminé si, pour une raison ou pour une autre, vous le demandez.

Une somme de 15\$ est prévue en dédommagement du temps que vous acceptez de nous accorder.

Nous vous remercions beaucoup d'avoir accepté de participer à la recherche.

Avez-vous des questions avant que l'on commence?

1. REPRÉSENTATIONS GÉNÉRALES

- En 2002, qu'est-ce qui fait que les gens sont en bonne santé ?
Selon vous, pourquoi est-on en bonne santé ?
- En 2002, qu'est-ce qui rend les gens malades ?
Selon vous, quelles sont les principales causes de maladie ?
- C'est quoi pour vous, la différence entre être en santé et être malade ?
Être en santé, qu'est-ce que ça veut dire pour vous ?
Pouvez-vous me parler de quelqu'un dans votre entourage dont vous diriez qu'il est en santé
- Être malade? qu'est-ce que ça veut dire pour vous ?
Pouvez-vous me parler de quelqu'un dans votre entourage dont vous diriez qu'il est malade?
- On parle souvent de santé physique et de santé mentale, comment tu vois ces deux aspects de la santé?

2. EXPÉRIENCES PERSONNELLES

- Dans votre situation aujourd'hui, que diriez-vous à propos de votre santé?
- Est-ce que vous vous considérez en bonne santé?
Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?
À quoi vous l'attribuez (causes)
Qu'est-ce que ça suppose, provoque (conséquences)
- Qu'est-ce qui vous fait dire que vous êtes malade ?
Par quels signes ?
Comment ça se passe quand vous êtes malade ?
Auto-diagnostic : mis à l'épreuve, confirmé ou non, chercher de l'information, etc.
- Comment ça se passe ? Dans votre quotidien, dans vos relations avec les autres, etc. Impact au quotidien, avec l'entourage ?
Recours à des soins, des services ?
- Qu'est-ce que ça signifie(ra)it guérir, la guérison- se rétablir

- Avez-vous déjà été malade dans une ressource ? dans la rue?
(différence entre différentes situations domiciliées ou non)
Comment ça s'est passé ?
- Quels sont les soins, les traitements que vous avez eus ?
[ceux qu'on vous a proposés et que vous n'avez pas suivis, qui ne vous ne convenaient pas ? (Exercices, médicaments, régime, etc.)]
- Avez-vous aujourd'hui votre carte d'assurance-maladie?
Cela vous est-il arrivé de vous retrouver sans carte (de la perdre ou qu'elle soit périmée)?
Vous souvenez-vous combien de temps cette période a duré? Au niveau de votre santé, comment cela se passait à ce moment-là?
- Au cours des derniers mois, avez-vous connu, personnellement, dans votre entourage ou dans votre milieu, des problèmes de santé ? (ou expériences de maladie quelles expressions ?)
Pouvez-vous m'en parler ?
Comment ça c'est passé ?
- Quelles sont vos sources d'informations concernant la santé et la maladie? Qu'est-ce que vous en pensez? (on entend, on lit, on voit différentes choses ...)
- Qu'est-ce que c'est pour vous une maladie grave ou une maladie bénigne (légère) ?
- Avez-vous déjà été hospitalisé ?
- À quand remonte votre dernière visite médicale ?
- Avez-vous un médecin de famille ? en avez-vous déjà eu un?
- Quelle est votre expérience avec les médicaments ?
Son expérience, celle des autres, de son entourage.
- Est-ce que vous pouvez me parler d'une de vos expériences marquantes avec le milieu de la santé (dans vos rapports, relations avec le personnel, les services, qui en particulier?...).
Comment ça s'est passé?
Qu'est-ce qui vous avait amené là? (qui? A accompagné ou pas, à l'initiative de qui police? etc.)

- Pouvez-vous me raconter la pire situation que vous ayez rencontrée avec les services de santé ?
Avez-vous le souvenir d'une situation où cela s'est bien passé, (où le service médical vous a bien reçu)
- Est-ce que quelqu'un a déjà refusé de vous soigner ?
- Qu'est-ce que vous pensez du système de santé actuel ? (ou avez-vous quelque chose à ajouter sur le système de santé actuel?)
- C'est quoi le problème de santé qui vous a le plus dérangé dans votre vie ? Pourquoi ?
- Si vous pensez à l'ensemble des problèmes de santé possibles, quelle est la situation que vous ne voudriez jamais vivre, jamais connaître ?

3. LA SANTÉ AU QUOTIDIEN

- J'aimerais que vous me parliez de votre santé au quotidien (dans la vie de tous les jours, vos habitudes de vie? vos pratiques ?)
- Comment vous faites au niveau hygiène corporelle, soins du corps : cheveux, barbe, hygiène intime femme, les besoins naturels (toilettes); la santé dentaire, (brossage de dents, prise de médicaments)
- Qu'est-ce que ça veut dire bien manger? Bien dormir? Dans les refuges comment vous vous arrangez pour vivre votre sexualité, est-ce que c'est possible, qu'est-ce que ça implique? Et en dehors (des refuges)
- Qu'est-ce que ça veut dire pour vous se protéger dans vos relations sexuelles ou vos pratiques de consommation ?
Abstinence, transformations des pratiques ?
- Dans votre situation actuelle, qu'est-ce qui représente pour vous, le plus grand risque?
- Est-ce que vous vous trouvez parfois dans des situations qui menacent votre santé ? (l'idée du pouvoir qu'ils perçoivent sur ces situations)
- Est-ce que vous pourriez me dire pour vous, c'est quoi la mort ?
qu'est-ce que ça évoque pour vous?

4. VIH/SIDA

- Jusqu'à présent, on a beaucoup parlé de maladie et de santé. Maintenant, j'aimerais vous entendre parler du VIH/sida. Qu'est-ce que vous auriez à dire là-dessus?
- Quand est-ce que vous en avez entendu parler pour la première fois?
- Comment en avez-vous entendu parler?
Connaissez-vous quelqu'un qui est atteint du VIH/Sida ?
- Depuis l'existence du VIH/Sida (les années '80), est-ce que ça a changé quelque chose?
- Si le sida n'existait pas, qu'est-ce que ça changerait pour vous ?
- Vous a-t-on déjà proposé un test de dépistage pour le VIH/sida?
Vous, est-ce que vous avez déjà voulu vérifier si vous étiez contaminé par le VIH/Sida ?
Est-ce que ça vous inquiète ?
- Pour les interviewés atteints du VIH/Sida qui se déclarent dans l'entrevue
- Quand vous avez appris que vous étiez porteur du VIH/Sida, comment ça s'est passé ? Est-ce que vous pouvez m'en parler ?
- Par rapport à votre vie, qu'est-ce que ce diagnostic a changé ? (valeurs, pratiques, les relations avec les autres, conjoint, la famille, la sexualité, etc.)
Est-ce que vous pensiez que ça pouvait vous arriver ?
- Qu'est-ce que vous retenez et que vous aimeriez partager ou dire autour de cet événement ?
- Vous avez évoqué à plusieurs reprises les questions d'hygiène, de propreté, se laver, les odeurs...
- ou vous n'avez pas /peu évoqué les questions d'hygiène, de propreté, se laver, les odeurs... Quelle place ces questions prennent-elles par rapport à la santé?

5. LE PROJET DE VIE

- Dans les recherches sur la santé en situation de précarité ou d'itinérance, lorsqu'on demande aux gens comment ils perçoivent leur état de santé, il y en a qui vont dire qu'ils se trouvent en très bonne santé et d'autres qu'ils se trouvent très malades. Qu'est-ce que vous diriez, vous ?
- Avez-vous des projets ?
Comment voyez-vous votre avenir ?
- C'est difficile de définir l'itinérance, pour certains c'est une question de domicile, pour d'autre c'est autre chose. Pour vous, c'est quoi?
- Avant de terminer, est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter?

Pour terminer l'entrevue, nous allons compléter une fiche de renseignements plus généraux.

À introduire après avoir complété la fiche signalétique :

C'est possible que nous développons un deuxième volet à la recherche dans quelques mois, est-ce que vous seriez d'accord pour qu'on se rencontre à nouveau ? Quelle serait la meilleure façon de garder le contact ?

APPENDICE C

FICHE SIGNALÉTIQUE

Données socio-démographiques

Date de naissance (ou âge) _____

Lieu de naissance : ville, pays, province

(si né hors Canada depuis quelle date est-elle au Canada? Au Québec)

à Montréal depuis _____

Statut

citoyenneté canadienne

immigrant reçu

réfugié

en attente de statut

Statut marital aujourd'hui

célibataire

mariée

(quand/âge, durée de l'union)

divorcée/séparée

(quand/âge)

veuve

(quand/âge)

Avez-vous un conjoint de fait actuellement?

depuis combien de temps?

Quand avez-vous vécu la dernière fois avec un conjoint de fait?

Avez-vous des enfants :

Nombre d'enfants:

Âge des enfants:

Niveau de scolarité:

Primaire ou moins

Secondaire non complété

Secondaire complété

École professionnelle

Cégep :

Université :

Autre : -éducation pour adultes; -programmes de formation suivi? :

Ne sait pas

Famille

Les parents :

Profession du père :

est-il vivant aujourd'hui? si décédé, cause du décès :

Profession de la mère

est-elle vivante aujourd'hui? si décédée, cause du décès :

La fratrie

Nombre de frères et sœurs :

Son rang dans la fratrie :

Vos frères et sœurs sont-ils vivants aujourd'hui?

Pour ceux qui sont décédés, pouvez-vous me dire la cause du décès?

Source de revenus aujourd'hui	principale	complémentaires
Emploi légal (temps plein, temps partiel, programme ... paie et extra...)		
Travail au noir		
Revenu gouvernementaux : assurance chômage, sécurité du revenu, pension de vieillesse (une rente RPC, RRQ) pension d'ancien combattant		
Vente de journaux , Lavage de vitres (squeegee), ramassage et vente de cannettes et de bouteilles vides		
Mendicité		
Vol, recel Trafic de drogue, cigarettes, alcool		
Prostitution		
Famille Ami, connaissance		
Autres		

Domiciliation

Hébergement

actuel _____

depuis quand et pour combien de temps?

La semaine dernière, où avez-vous résidé ?

Au cours des trois derniers mois, où avez-vous résidé ?

BIBLIOGRAPHIE

- Andersen, R. M. 1995. « Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? ». *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, no 1, p. 1-10.
- Andersen, R. M., Newman, J. F. 1973. « Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States ». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, no 51, p. 95-124.
- Becker, H. S. 1985. *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : Éditions a.m. Métailié, 248 p.
- Béland, F. 1994. « L'accès aux services de santé et les régimes publics ». in *Traité des problèmes sociaux* (Sous la dir. de) Dumont, F., Langlois, S., Martin, Y. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture, p. 843-865, 1164 p.
- Bird, C. E., Jinnett, K., Burnam, M. A., Koegel, P., Sullivan, G., Wenzel, S. L., Ridgely, M. S., Morton, S. C., Miu, A. 2002. « Predictors of Contact with Public Services Sectors among Homeless Adults with and without Alcohol and Other Drug Disorders ». *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 63, no 6, p. 716-725.
- Bradley, E. H., McGraw, S. A., Curry, L. Buckser, A., King, K. L., Kasl, S. V., Andersen, R. 2002. « Expanding the Andersen Model: The Role of Psychosocial Factors in Long-Term Care Use ». *Health Services Research*, vol. 37, no 5, p. 1221-1242.
- Brush, B. L., Powers, E. M. 2001. « Health and Service Utilization Patterns Among Homeless Men in Transition: Exploring the Need for On-Site, Shelter-Based Nursing Care ». *Scholarly Inquiry for Nursing practice : An International Journal*, vol. 15, no 2, p. 143-154.
- Campeau, P. 2000. « La place des facteurs structurels dans la production de l'itinérance ». in *L'errance urbaine*, (Sous la dir. de) Laberge, D. Sainte-Foy : Les Éditions Multimondes, p. 49-69.
- Castel, R. 1994. « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation ». *Cahiers de recherche sociologique*, no 22, p. 11-27.
- Céfaï, D. (Sous la dir. de). 2003. *L'enquête de terrain*. Paris : La Découverte, 615 p.

- Committee on Health Care for Homeless People. 1988. *Homelessness, Health, and Human Needs*. Washington: National Academy Press, 242 p.
- Daly, G. 1990. « Health Implications of Homelessness: Reports from Three Countries », *Journal of Sociology and Social Welfare*, vol. 17, no 1, p. 111-125.
- De Gaulejac, V. *et al.* 1994. *La lutte des places*. Paris : Desclée de Brouwer, 287 p.
- Deslauriers, J.-P. 1991. *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill, 142 p.
- Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N., et A. Villeneuve (Comité en santé mentale du Québec). 1997. *Défis dans la reconfiguration des services de santé mentale*, Québec : MSSS, 255 p.
- Dreyfus, H., Rabinow, P. 1984. *Michel Foucault. Un parcours philosophique*. Paris : Gallimard, 366 p.
- Fielding, N.G., Lee, R.M. 1998. *Computer Analysis and Qualitative Research*. London: Sage Publications, 204 p.
- Foucault, M. 1976. *La volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 211 p.
- Foucault, M. 1975. *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard, 318 p.
- Gelberg, L., Gallagher, T. C., Andersen, R. M., Koegel, P. 1997. « Competing Priorities as a Barrier to Medical Care among Homeless Adults in Los Angeles », *American Journal of Public Health*, vol. 87, no 2, p. 217-220.
- Hatton, D. C., Kleffel, D., Bennett, S., Gaffrey, E. N. A. 2001. « Homeless Women and Children's Access to Health Care: A Paradox ». *Journal of Community Health Nursing*, vol. 18, no 1, p. 25-34.
- Hudson, C.G. 1998. *An Interdependency Model of Homelessness. The Dynamics of Social Disintegration*. Lewiston: Edwin Mellen Press, 409 p.
- Koegel, P., Burnam, M. A., Baumohl, J. 1996. « The Causes of Homelessness ». in *Homelessness in America*, (Ed.) Baumohl, J. Phoenix: Oryx Press, p. 24-33.
- Kushel, M. B., Vittinghoff, E., Haas, J. S. 2001. « Factors Associated with the Health Care Utilization of Homeless Persons ». *JAMA*, vol. 285, no 2, p. 200-206.

- Laberge, D., Cousineau, M.-M., Morin, D., Roy, S. 1995. « De l'expérience individuelle au phénomène global : configuration et réponses sociales à l'itinérance », *Cahiers de recherche du CRI*, no 1, 23 p.
- Laberge, D., Landreville, P., Morin, D., Casavant, L. 2000. « Une convergence : parcours d'emprisonnement, parcours d'itinérance ». in *L'errance urbaine*, (Sous la dir. de) Laberge, D. Sainte-Foy : Les Éditions Multimondes, p. 253-272.
- Laberge, D., Morin, D. 1997. « L'incarcération comme mode de gestion de l'itinérance », *Revue internationale de criminologie et de police technique*, no 1, p. 38-53.
- Laberge, D., Roy, S. 2003. « Continuité identitaire et survie? ». in *Agir en situation de vulnérabilité*, (Sous la dir. de) Châtel, V., Soulet, M.-H. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval, p. 143-156, 214 p.
- Laberge, D., Roy, S. 2001. « Pour être, il faut être quelque part : la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public ». *Sociologie et sociétés*, vol. 33, no 2, p. 115-131.
- Laberge, D., Roy, S. 1994. « Présentation. Marginalité et exclusion sociales : des lieux et des formes ». *Cahiers de recherche sociologique*, no 22, p. 5-9.
- Lenoir, R. 1989. « Objet sociologique et problème social ». in *Initiation à la pratique sociologique*, (Sous la dir. de) Champagne, P., Lenoir, R., Merliné, D., Pinto, L. Paris : Dunod, p. 55-77.
- Léonetti, I. T. 1994. « Intégration et exclusion », in *La lutte des places*, (Sous la dir. de), De Gaulejac, V., et al. Paris : Épi, p. 51-78, 286 p.
- Levy, B. D., O'Connell, J. 2004. « Health Care for Homeless Persons ». *New England Journal of Medicine*, vol. 350, no 23, p. 2329-2332.
- Lombrail, P. 2000. « Accès aux soins ». in *Les inégalités sociales de santé*, (Sous la dir. de) Leclerc et al. Paris : La découverte, p. 403-418.
- Macnee, C. L., Forrest, L. J. 1997. « Factors Associated with Return Visits to a Homeless Clinic ». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 8, no 4, p. 437-445.
- Mercier, C., Fournier, L., Racine G. 1994. « L'itinérance ». in *Traité des problèmes sociaux* (Sous la dir. de) Dumont, F., Langlois, S., Martin, Y. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture, p. 739-764, 1164 p.

- Morse, G.A. 1992. « Causes of Homelessness ». in *Homelessness. A National Perspective*, (Eds) Robertson, M. J., Greenblatt, M., New York: Plenum Press, p. 3-17.
- Mossman, D. 1997. « Deinstitutionalization, Homelessness, and the Myth of Psychiatric Abandonment: A Structural Anthropology Perspective ». *Social Science and Medecine*, vol. 44, no 1, p. 71-83.
- Ouellet, H., Roy, J. 1994. « L'accessibilité aux services sociaux ». in *Traité des problèmes sociaux*, (Sous la dir. de) Dumont, F.; Langlois, S., Martin, Y., Québec : Institut québécois de recherche sur la culture, p. 867-888, 1164 p.
- Ramognino, N. 1992. « L'observation, un résumé de la réalité: de quelques problèmes épistémologiques du recueil et du traitement des données ». *Current Sociology*, vol. 40, no 1, p.55-75.
- Rosengard, C., Chambers, D. B., Tulsy, J. P., Long, H. L., Chesney, M. 2001. « Value on Health, Health Concerns and Practices of Women Who are Homeless ». *Women and Health*, vol. 34, no 2, p. 29-44.
- Roy, M. 1987. *Les CLSC. Ce qu'il faut savoir*. 2^e édition. Montréal : Éditions Saint-Martin, 172 p.
- Roy, S. 1995. « L'itinérance, forme exemplaire d'exclusion sociale? ». *Lien social et politiques-RIAC*, no 34, p. 73-80.
- Roy S., Noiseux Y., Thomas, G. 2003. *Le RAPSIM, le logement et la question du support communautaire*. Montréal : CRI, 277 p.
- Sachs-Ericsson, N., Wise, E., Debrody, C. P., Paniucki, H. B. 1999. « Health Problems and Service Utilization in the Homeless ». *Journal of Health Care for the Poor and Undeserved*, vol.10, no 4, p. 385-399
- Schaffer, M. A., Mather, S., Gustafson, V. 2000. « Service Learning: A Strategy for Conducting a Health Needs Assessment of the Homeless ». *Journal of Health Care for the Poor and Undeserved*, vol. 11, no 4, p. 385-399.
- Thibaudeau, M.-F. 2000. « L'accès aux services de santé et leur utilisation par les personnes itinérantes ». in *L'errance urbaine*, (Sous la dir. de) Laberge, D. Sainte-Foy : Les Éditions Multimondes, p. 313-328.
- Thomas, H. 1997. *La production des exclus*. Paris : PUF, 215 p.

- Wenzel, S. L., Andersen, R. M., Gifford, D. S., Gelberg, L. 2001. « Homeless Women's Gynaecological Symptoms and Use of Medical Care ». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 12, no 3, p. 323-341.
- White, D. 1994. « La gestion communautaire de l'exclusion ». *Lien social et politique*, RIAC, no 32, p. 37-51.
- White, D. 1992. « (De)-Constructing Continuity of Care: The Deinstitutionalization of Support Services for People with Mental Health Problems ». *Canadian Journal Of Community Mental Health*, vol. 11, no 1, p. 85-99.
- Wong, Y.-L. I. 1999. « Utilization of Community-Based Services Among Homeless Persons: An Application of a Theoretical Model ». *Journal of Community Psychology*, vol. 27, no 3, p. 327-345.

<<http://www.aphrso.org/clsc.htm>>, site consulté le 12 juillet 2005

<http://www.santemontreal.qc.ca/pdf/documentations/pubs/reformessssquebec-levine2005.pdf>, site consulté le 12 juillet 2005